

**Factores asociados a nivel de resiliencia bajo en gestante adolescentes de la ciudad de Cartagena, 2016.**

Investigadora:

Liezel Ulloque Caamaño

Asesor externo:

Álvaro de Jesús Monterrosa Castro

Universidad del Norte

Maestría en Epidemiología

Barranquilla, 18 de Noviembre del 2017

**Factores asociados a nivel de resiliencia bajo en gestante adolescentes de la ciudad de Cartagena, 2016.**

Investigadora:

Liezel Ulloque Caamaño

Asesor externo:

Álvaro de Jesús Monterrosa Castro

Asesores:

Mariela Borda Pérez

Edgar Navarro Lechuga

Universidad del Norte

Maestría en Epidemiología

Barranquilla, 18 de Noviembre del 2017

**Nota de aceptación:**

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

Barranquilla, 18 de Noviembre del 2017

## **AGRADECIMIENTOS**

Doy gracias primero a Dios por ir delante de mí en este sueño de realizar la Maestría en Epidemiología, por haber abierto tantas puertas, ajustado situaciones y colocado a las personas indicadas para que hoy pueda culminar esta etapa con éxito.

Gracias a mis padres Francisco Ulloque Gutierrez y Claribel Caamaño Mercado y a mi hermano Sneider Ulloque Caamaño que con amor y paciencia supieron darme apoyo en los momentos buenos y de tensión y con una palabra de aliento y sus atenciones me ayudaron a seguir adelante.

Gracias a mi profesor y tutor de grupo de investigación Álvaro de Jesús Monterrosa Castro por haber regado cada día en mí la semilla de la investigación y haber permitido que en mí creciera una pasión por hacer algo más allá de lo asistencial en mi profesión y creciera el deseo por la epidemiología. Gracias a este gran hombre porque con su ejemplo de integridad, perseverancia, constancia, sacrificio y orden me ha inspirado en cada momento.

Gracias a mis asesores Edgar Navarro Lechuga y Mariela Borda Pérez, porque desde un inicio me dieron excelentes bases para poder llevar mi investigación por buen camino y siempre estar dispuestos para acompañarme y corregirme oportunamente.

A todos ustedes gracias porque sin su presencia en mi vida no hubiese podido lograr esta meta.

## ÍNDICE

Listado de tablas.....	6
Listado de graficas.....	8
Listado de anexos.....	11
Glosario de términos.....	12
Abreviaturas.....	13
Resumen .....	15
Introducción .....	17
Objetivos.....	35
Marco teórico .....	38
Materiales y métodos.....	62
Resultados.....	71
Evaluación de la distribución de normalidad de las variables cuantitativas .....	107
Discusión .....	138
Conclusiones .....	157
Aspectos administrativos .....	160
Referencias bibliograficas.....	166
Anexos.....	179

## LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes del estudio, 2016 .....	72
Tabla 2 Características ginecobstétricas de las gestantes adolescentes del estudio, 2016 .....	73
Tabla 3 Características familiares de las gestantes adolescentes del estudio, 2016 .....	74
Tabla 4 Hábitos de consumo de sustancias tóxicas de las gestantes adolescentes del estudio, 2016.....	75
Tabla 5 Estado psicoemocional de las gestantes adolescentes del estudio, 2016	76
Tabla 6 Apoyo social de las gestantes adolescentes del estudio, 2016 .....	76
Tabla 7 Características del compañero de las gestantes adolescentes del estudio, 2016.....	77
Tabla 8 Nivel de resiliencia según características sociodemográficas de las gestantes adolescentes del estudio, 2016 .....	78
Tabla 9 Nivel de resiliencia según características ginecobstétricas de las gestantes adolescentes del estudio, 2016 .....	80
Tabla 10 Nivel de resiliencia según características familiares de las gestantes adolescentes del estudio, 2016.....	81
Tabla 11 Nivel de resiliencia según hábitos de consumo de sustancias tóxicas de las gestantes adolescentes del estudio, 2016 .....	82
Tabla 12 Nivel de resiliencia según estado psicoemocional de las gestantes adolescentes del estudio, 2016.....	83
Tabla 13 Nivel de resiliencia según apoyo social de las gestantes adolescentes del estudio, 2016.....	84
Tabla 14 Nivel de resiliencia según características de compañero de las gestantes adolescentes, 2016.....	84
Tabla 15 Asociación entre baja resiliencia y factores de riesgo en las gestantes adolescentes, 2016. OR crudo.....	87
Tabla 16 Evaluación de la presencia de interacción entre la variable etnia y nivel de resiliencia bajo .....	89
Tabla 17 Evaluación de la presencia de interacción entre la variable puntuación total de la escala de perspectiva espiritual y nivel de resiliencia bajo .....	91
Tabla 18 Evaluación de la presencia de interacción entre la variable trimestre de embarazo y nivel de resiliencia bajo .....	91
Tabla 19 Evaluación de la presencia de interacción entre la variable patologías en el embarazo y nivel de resiliencia bajo .....	92

Tabla 20 Evaluación de la presencia de interacción entre la puntuación total de la escala de familismo de bardis y nivel de resiliencia bajo .....	94
Tabla 21 Evaluación de la presencia de interacción entre apoyo familiar y nivel de resiliencia bajo .....	96
Tabla 22 Evaluación de la presencia de interacción entre funcionalidad familiar y nivel de resiliencia bajo .....	97
Tabla 23 Evaluación de la presencia de interacción entre violencia en el embarazo y nivel de resiliencia bajo .....	98
Tabla 24 Evaluación de la presencia de interacción entre puntuación total de escala de felicidad subjetiva y nivel de resiliencia bajo.....	99
Tabla 25 Evaluación de la presencia de interacción entre la variable nivel de autoestima y nivel de resiliencia bajo.....	100
Tabla 26 Asociación entre baja resiliencia y apoyo familiar según funcionalidad familiar, 2016. OR .....	100
Tabla 27 asociación entre baja resiliencia y funcionalidad familiar según apoyo familiar, 2016. OR .....	101
Tabla 28 Asociación entre baja resiliencia y factores de riesgo en las gestantes adolescentes, 2016. OR ajustado .....	104
Tabla 29 Prueba de normalidad para variables cuantitativas en el total de las gestantes adolescentes .....	108
Tabla 30 Prueba de normalidad para variables cuantitativas en las gestantes adolescentes con alta/moderada resiliencia .....	118
Tabla 31 Prueba de normalidad para variables cuantitativas en las gestantes adolescentes con baja resiliencia .....	127

## LISTADO DE GRAFICAS

Grafica 1 Nivel de resiliencia de las gestantes adolescentes del estudio, 2016.....	77
Grafica 2 Distribución de la variable edad en el total de las gestantes adolescentes .....	108
Grafica 3 Distribución de la variable semana gestacional en el total de las gestantes adolescentes.....	109
Grafica 4 Distribución de la variable número de ecografías en el total de las gestantes adolescentes.....	110
Grafica 5 Distribución de la variable edad del compañero en el total de las gestantes adolescentes.....	111
Grafica 6 Distribución de la variable puntuación total escala de autoestima de rosenberg en el total de las gestantes adolescentes .....	112
Grafica 7 Distribución de la variable puntuacion total de la escala de felicidad subjetiva en el total de las gestantes adolescentes.....	113
Grafica 8 Distribución de la variable puntuacion total de la escala de resiliencia de wagnild y young en el total de las gestantes adolescentes.....	114
Grafica 9 Distribución de la variable puntuacion total de la escala de familismo de bardis en el total de las gestantes adolescentes .....	115
Grafica 10 Distribución de la variable puntuación total de la escala de religiosidad age universal" i-e-12 en el total de las gestantes adolescentes.....	116
Grafica 11 Distribución de la variable puntuacion total de la escala de perspectiva espiritual (sps) en el total de las gestantes adolescentes .....	117
Grafica 12 Distribución de la variable edad en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada .....	118
Grafica 13 Distribución de la variable semana gestacional en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada.....	119
Grafica 14 Distribución de la variable número de ecografías en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada.....	120



Grafica 15 Distribución de la variable edad del compañero en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada.....	121
Grafica 16 Distribución de la variable puntuación total escala de autoestima de rosenberg en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada.....	122
Grafica 17 Distribución de la variable puntuacion total de la escala de felicidad subjetiva en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada.....	123
Grafica 18 Distribución de la variable puntuacion total de la escala de resiliencia de wagnild y young en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada	124
Grafica 19 Distribución de la variable puntuacion total de la escala de familismo de bardis en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada.....	125
Grafica 20 Distribución de la variable puntuación total de la escala de religiosidad age universal" i-e-12 en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada .....	126
Grafica 21 Distribución de la variable puntuacion total de la escala de perspectiva espiritual (sps) en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada...	127
Grafica 22 Distribución de la variable edad en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia baja .....	128
Grafica 23 Distribución de la variable semana gestacional en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia baja .....	129
Grafica 24 Distribución de la variable número de ecografías en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia baja .....	130
Grafica 25 Distribución de la variable edad del compañero en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia baja .....	131
Grafica 26 Distribución de la variable puntuación total escala de autoestima de rosenberg en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia baja .....	132
Grafica 27 Distribución de la variable puntuacion total de la escala de felicidad subjetiva en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia baja .....	133
Grafica 28 Distribución de la variable puntuacion total de la escala de resiliencia de wagnild y young en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia baja .....	134

Grafica 29 Distribución de la variable puntuacion total de la escala de familismo de bardis en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia baja .....	135
Grafica 30 Distribución de la variable puntuación total de la escala de religiosidad age universal" i-e-12 en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia baja ....	136
Grafica 31 Distribución de la variable puntuacion total de la escala de perspectiva espiritual (sps) en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia baja .....	137

## LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1. Tabla de operacionalización de variables.....	179
Anexo 2. Consentimiento informado.....	185
Anexo 3. Asentimiento.....	191
Anexo 4. Aval de comité de ética.....	196
Anexo 5. Instrumento de factores de riesgo y escalas.....	201
Anexo 6. Contrato de joven investigador.....	208

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Adolescencia:** según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la etapa de la vida que comprende a jóvenes de 10 años a 19 años.

**Embarazo en Adolescencia:** embarazo que se origina en mujeres menores de 19 años; es entendido como el que se presenta entre los 10 y 19 años de vida.

**Factores desencadenantes:** causas asociadas a una etapa crucial o decisiva de una enfermedad, accidente, reacción de comportamiento o conducta, u otro tipo de actividad. Generalmente, uno de los factores es siempre más importante o fácilmente reconocible que los otros cuando hay varios involucrados, y uno frecuentemente se considera como "necesario".

**Factores de riesgo:** aspecto del comportamiento personal o estilo de vida, exposición medioambiental, o característica innata o heredada que, basándose en la evidencia epidemiológica, se sabe que está asociada con alguna afectación relacionada con la salud, que interesa prevenir.

**Factores socioeconómicos:** aspectos sociales y económicos que caracterizan al individuo o al grupo dentro de la estructura social.

**Resiliencia psicológica:** la capacidad humana para adaptarse ante la tragedia, trauma, adversidad, infortunios, y sobrellevar importante estrés en la vida.

## **ABREVIATURAS**

**APGAR:** Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos

**CAP:** Centro de atención permanente

**EEUU:** Estados Unidos

**ENDS:** Encuesta Nacional de Demografía y Salud

**ESE:** Empresa Social del Estado

**FAO:** Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

**FENUR:** Fundación Educacional Nuevo Retiro

**FUM:** Fecha de la Última Menstruación

**GRD:** Gestión del Riesgo de Desastres

**IC95%:** Intervalo de confianza al 95%

**ICBF:** Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

**Me:** Mediana

**MEN:** Ministerio de Educación Nacional

**MIAS:** Modelo Integral de Atención en Salud

**MSPS:** Ministerio de salud y Protección Social

**n:** Cantidad de la muestra

**N°:** Valor absoluto

**ODS:** Objetivos del Desarrollo Sostenible

**OIM:** Organización internacional para las migraciones

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**ONU:** Organización de las Naciones Unidas

**OPS:** Organización Pan Americana de la Salud

**OR:** Odds Ratio

**PAIS:** Política de Atención Integral en Salud

**PB:** Plan de Beneficios

**PDSP:** Plan Decenal de Salud Pública

**PIC:** Plan de Intervenciones Colectivas

**PNUD:** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

**RET:** Protecting Through Education

**RI:** Rango Intercuartil

**RIAS:** Rutas Integrales de Atención en Salud

**SEN:** Secretaría de Emergencia Nacional

**SFP:** Strengthening Families Program

**SPS:** Escala de Perspectiva espiritual

**UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

**UNISDR:** Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgos de Desastres

**UNODC:** Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

## RESUMEN

**Introducción:** Los adolescentes enfrentan cambios biofisiológicos que predisponen a embarazos, suponiendo una experiencia negativa en esta etapa de la vida. El afrontamiento, varía según el nivel de resiliencia y los factores que la determinan. Resiliencia, es la capacidad de superar daños por las adversidades y proyectarse al futuro; su bajo nivel, limita un afrontamiento positivo y el logro de una vida plena.

**Objetivo:** Establecer los factores que se asocian a nivel de resiliencia bajo en gestante adolescentes de la ciudad de Cartagena en el año 2016.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal con análisis de casos y controles. Muestra de 500 gestantes adolescentes. Criterios de inclusión: edad entre 10 y 19 años, cualquier edad gestacional, aceptación de participación por parte del tutor y adolescentes en el estudio. Criterios de exclusión: no desear participar, tener limitación síquica, física o de lectoescritura que les impidiera diligenciar el instrumento. Se utilizó fuente primaria para la recolección de los datos que consta de cuestionarios sobre factores de riesgo: sociodemográficos, ginecobstetricos, familiares, hábitos de consumo de sustancias toxicas, psicoemocional, apoyo social y del compañero, y las escalas sobre: religiosidad, espiritualidad, familismo, funcionalidad familiar, violencia, felicidad subjetiva, autoestima y resiliencia. Datos categóricos expresados en frecuencias absolutas y porcentajes con IC95%. Datos continuos en mediana con rango intercuartil. Diferencias de medianas calculadas con Mann Whitney y de porcentajes con Chi Cuadrado. Se estableció asociación con regresión logística obteniéndose OR. Valor de  $P < 0,05$  fue significativo. El estudio obtuvo el aval del comité de ética de la Universidad del Norte.

**Resultados:** Se entrevistaron 503 gestantes adolescentes, incluyéndose 499 para el análisis. 138 (27,7%) [IC%23,8-31,8] con resiliencia alta, 297 (59,5%) [IC95%55,1-63,8] moderada y 64 (12,8%) [IC95%10,1-16,2] baja. Mediana de

escala de resiliencia 140(RI18) puntos. Se constituyeron dos grupos: resiliencia alta/moderada y baja, ambos con mediana de edad 17 años. Pertenecer a una familia disfuncional tiene 2,902 veces más riesgo de resiliencia baja (OR ajustado: 3,902 [IC95% 2,052-7,422],  $p<0,001$ ), poseer autoestima baja incrementa 3,257 veces más el riesgo de tenerla (OR ajustado: 4,257 [IC95% 1,363-13,295],  $p=0,013$ ). Por cada punto de más en la escala de perspectiva espiritual hay 0,049 menor riesgo de resiliencia baja (OR ajustado: 0,951 [IC95% 0,927-0,976],  $p<0,001$ ); estar en segundo trimestre de embarazo muestra 0,632 menos riesgo que estar en tercer trimestre (OR ajustado: 0,368 [IC95% 0,167-0,809],  $p=0,013$ ); por cada punto de más en la escala de familismo de Bardis había 0,079 menos riesgo de presentar resiliencia baja (OR ajustado: 0,921 [IC95% 0,896-0,947],  $p<0,001$ ) y por cada punto de más en la escala de felicidad subjetiva había 0,081 menos riesgo de tenerla (OR ajustado: 0,919 [IC95% 0,860-0,983],  $p=0,014$ ).

**Conclusiones:** Predominaron las gestantes en adolescencia tardía; hubo una alta prevalencia de nivel de resiliencia bajo (12,8%), prevalece en mujeres de raza negra y con patologías durante el embarazo. Pertenecer a una familia disfuncional y tener nivel de autoestima bajo son posibles factores de riesgo para nivel de resiliencia bajo. Tener mayor espiritualidad, estar en segundo trimestre de embarazo, tener mayor familismo y mayor felicidad subjetiva son posibles factores protectores para nivel de resiliencia bajo.

**Palabras claves:** Resiliencia Psicológica, Embarazo en Adolescencia, Factores socioeconómicos, Factores Desencadenantes, Factores de Riesgo.



## INTRODUCCIÓN

La adolescencia comprende las edades de 10 a 19 años, siendo temprana de 10 a 14 años y tardía de 15 a 19 años (1), es una etapa de retos y obstáculos, en la cual se requiere capacidad para el afrontamiento. Cuando los adolescentes sienten que no pueden enfrentar sus problemas de forma eficaz, su comportamiento puede tener efectos negativos en su vida, sus familias y en la sociedad (2).

Los cambios en la adolescencia pueden hacer al adolescente vulnerable, llevándolo a comportamiento impulsivo, a tomar riesgos imprudentes, que los lleva a accidentes de tránsito, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, alcoholismo y drogadicción (3).

Existe un inicio temprano de relaciones sexuales entre los adolescentes, sin utilizar métodos anticonceptivos, lo que lleva a embarazos a temprana edad (4, 5), El embarazo en adolescencia es un problema en salud reproductiva en el mundo, ya que 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años tienen un parto cada año, más en países de ingresos bajos y medianos, según informes de la OMS del 2014 (6).

La tasa de natalidad en adolescentes en Estados Unidos en el 2015 fue de 22,3 nacidos por 1000 mujeres entre 15 y 19 años. A pesar de la disminución la tasa de natalidad en adolescentes en este país en un 8% del 2014 al 2015, sigue siendo más alta que otros países industrializados (7).

En los países en desarrollo la fecundidad en adolescentes ha descendido en los últimos 20 años, sin embargo la conducta reproductiva de este grupo etario genera una gran preocupación (8).

En el informe de estadísticas sanitarias mundiales para el 2014 las tasas de natalidad nacionales oscilaron de 1 a 299 nacimientos por 1000 mujeres

adolescente, siendo las más altas las del África subsahariana. La tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años para el 2015 fue de 44 por 1000 mujeres. En los países de bajos ingresos (97 por 1000 mujeres de 15-19 años) fue cinco veces mayor que en los países de ingresos altos (19 por 1000 mujeres de 15 a 19 años) (6, 9).

En Jamaica la encuesta de salud reproductiva del 2008, muestra que para el año 1975 hubo 137 embarazos en adolescentes, cuya cifra bajó a 79 en el 2002 y a 72 en el 2008, a pesar de esto sigue siendo alta la tasa de prevalencia, Maharaj et al. reporta una tasa de prevalencia de embarazos en adolescentes de 15-20% en este país (10). En Brasil desde la década de 1990, se ha presentado un aumento del 26% en la tasa de fecundidad entre las adolescentes (11).

Según el Análisis de la línea base del observatorio de embarazo adolescente en Colombia del año 2013, la tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad en el año 2011 fue de 69,97 por mil mujeres en este grupo de edad (12).

De acuerdo a los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del año 2015, la fecundidad en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública en Colombia. El porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años madres o embarazadas del primer hijo o hija en Colombia para el año 2015 fue de 17,4%, la región atlántica ocupó para este año el segundo lugar en porcentaje de adolescentes que habían tenido hijos (16,7%) y que estaban embarazadas en ese momento (4,4%) (13).

En el año 2010 el departamento de Bolívar tuvo un porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años alguna vez embarazadas de 21,3% (8). Para este mismo año se encontró una prevalencia de 4,4% de embarazos en adolescentes escolares en la ciudad de Cartagena (14) y para el 2015 una tasa de embarazo en adolescentes de 86,4 por 1000 niños, según reportes del análisis de situación de salud del año 2015 de este distrito (15).

El embarazo en menores de 19 años se considera de alto riesgo (14) y como un problema (5), ya que tienen riesgos agregados a los que se encuentran en mujeres adultas, al tener mayor prevalencia de hipertensión inducida por el embarazo (6,8%), pre-eclampsia, retraso del crecimiento intrauterino (12.02%), parto prematuro (8.3 - 8.86%), recién nacido con bajo peso al nacer (6.32 – 6.9%), anemia (49.36%), infección urinaria (13.29 - 23.2%), complicaciones en el parto - hemorragia, desgarro cervical- (10.75 - 15.7%), parto instrumental (4.9 – 8.22%) (16, 17), en menores de 15 años se ha presentado mayor incidencia de malformaciones en el cierre del tubo neural (18).

Además, en las adolescentes embarazadas se ha encontrado mayor riesgo en comparación con adultas embarazadas de desarrollar problemas sociales, tales como interrupción de la educación, el desempleo, aislamiento social y violencia por parte de su pareja; lo cual afecta en mayor medida su bienestar físico, psicológico y el desarrollo social (19). Se puede presentar modificaciones en el nivel de autoestima con incremento en la frecuencia de ansiedad y la depresión (20). Se espera entonces que la calidad de vida de las adolescentes embarazadas sea inferior a la de las adultas embarazadas (19).

La mayoría de estos embarazos adolescentes son no deseados, al presentarse, las ilusiones de esta edad se ven afectadas y restringidas, lo cual es reforzado por la inseguridad y el temor, aun mas se pueden presentar sentimientos negativos en las adolescentes de frustración, fracaso y en su familia y en el padre del hijo, generando rechazo hacia ella (5, 18, 21).

Muchas adolescentes que enfrentan un embarazo ven esta situación como una adversidad en sus vidas lo que trunca su futuro, llevándolas a renunciar a sus proyectos de vida, y aún más si no reciben apoyo social, ni familiar y son víctimas de violencia, sin embargo, hay quienes a pesar de esta situación son capaces de ver en esta circunstancia un motivo de superación, afrontándola con una actitud positiva y optimista que las impulsa a salir adelante, y es aquí donde juega un

papel importante el concepto resiliencia (21, 22), ya que a través de esta la adolescente embarazada podría enfrentar y superar los cambios y desafíos, debido a que la resiliencia es la capacidad que le permite a una persona o grupo recobrarse, transformarse, disminuir o superar los efectos nocivos de la adversidad, salir fortalecidos de la situación, proyectarse en el futuro, a pesar de situaciones agravantes, de pérdida, desestabilizadoras y situaciones traumáticas graves (23). No se debe entender como una negación de las experiencias difíciles sino que es la habilidad para seguir adelante a pesar de ello (24).

Brigido y col. (Brasil,2010), encontraron que los estudiantes de escuelas públicas tuvieron mayor nivel de resiliencia en comparación con las privadas. La resiliencia no fue significativamente diferente en función al género, edad, ingreso familiar y trabajar (25).

Un estudio por Rua y col. (Portugal,2011), donde se buscó validar la escala de resiliencia de Wagnild e Young, en hombres y mujeres de 12 a 18 años portugueses, muestra que en general los adolescentes presentan una capacidad de resiliencia entre niveles medio y elevado (26), este estudio evidencia que en general los adolescentes estudiados presentan niveles de resiliencia buenos sin discriminar sexo, de igual forma Morales y Diaz (Michoacan, 2011), realizaron un estudio en el que identificaron la existencia de diferencias en la resiliencia en adolescentes que residen en el estado de Michoacan/Mexico, a partir del género, edad, escolaridad y procedencia, en el cual encontraron que solo un pequeña porcentaje de los adolescentes tanto hombres, como mujeres tenían niveles de resiliencia altos por cada uno de los factores de esta (fortaleza y confianza en si mismo -23.8%-, competencia social -25%-, apoyo familiar -17.6%-, apoyo social -0%-, estructura 17.6%) (27), se observa la diferencia entre ambos estudios, debido a que los adolescentes portugueses presentaron mejor nivel de resiliencia que los mexicanos, quizás por el hecho de que estos países son muy diferentes desde el punto de vista cultural, economico, en la oportunidad de empleo y de estudios, entre otras.

Respecto a las adolescentes en estado de embarazo se encontro que Wilson-Mitchell y col. (Jamaica, 2014), evidenciaron que 23% de las adolescentes embarazadas incluidas en su estudio presentaron angustia sicologica y tuvieron que ser remitidas para apoyo sicologico, 6,6% tuvieron ideacion suicida. Las entrevistas revelaron que la resiliencia en esta poblacion estudiada fue la caracteristica mas notable. La resiliencia se relaciono en esta poblacion con un enfoque en el futuro y la motivacion para superarse (10).

Por su parte, Salazar y col. (Guayaquil 2010), realizaron un estudio donde querían comparar la prevalencia de síntomas depresivos y el nivel de resiliencia entre mujeres gestantes adolescentes (de 19 años o menos) y mujeres embarazadas entre 20 y 30 años que asistan a un hospital en Guayaquil/Ecuador, encontraron que en embarazadas adolescentes se presentaba una puntuación baja en la escala de resiliencia, indicando baja resiliencia, los autores concluyen que debido a esto existe la necesidad de desarrollar programas de apoyo clínico y emocional para adolescentes embarazadas con el fin de fortalecer la resiliencia, y mejorar las capacidades sociales, mentales y emocionales, para que puedan superar las adversidades, señalan la necesidad de más investigaciones en torno a este tema (5).

Jaramillo-Vélez y col. realizaron un estudio en Medellin/Colombia para establecer los niveles de resiliencia y espiritualidad en las mujeres maltratadas y determinar su relación con distrés, frecuencia e intensidad del maltrato que recibían, así como con severidad de lesiones ocasionadas por el mismo, su estudio incluyo mujeres en edades entre 16 y 72 años con una media de 35.5 años, encontraron que la media de la escala de resiliencia fue de  $147,3 \pm 25$ , la cual se mueve entre moderada y alta resiliencia, quizás el nivel de resiliencia elevado encontrado en esta población puede deberse a que se incluyeron mujeres adultas las cuales pueden tener una mayor madurez emocional y mental, los autores proponen que sería adecuado realizar intervenciones en las que se exploren los recursos personales y sociales que coadyuvan a la superación de la experiencia adversa en

estas mujeres y sería importante identificar factores que promueven la resiliencia, debido a que contribuyen al autocuidado y a la adaptación exitosa (28).

Como han señalado los autores citados anteriormente en sus investigaciones, es importante identificar qué factores influyen en el nivel de resiliencia de una persona con el propósito final de fortalecerlos en el caso de que influyan positivamente sobre esta o tratar de quitarlos o minimizarlos en el caso que lo hagan de forma negativa, con tal fin diversos autores han identificado algunos factores asociados a la resiliencia entre ellos se pueden mencionar los siguientes:

En una encuesta en EEUU (2002) a nivel nacional, se encontró que aquellos estudiantes que se identificaron como más religiosos tenían una mayor autoestima y más actitudes positivas hacia la vida que los compañeros menos religiosos (29).

El estudio de Wilson-Mitchell y col. (Jamaica, 2014) en adolescentes embarazadas entre 12 y 17 años jamaicanas, mostró relación entre buena salud mental con la capacidad de aceptar la realidad de la situación, y de autoentrenarse en resiliencia. Además, vieron que las que tenían apoyo social tendían a ser más resilientes e indican que el recibir apoyo por parte de entidades gubernamentales y el hecho de ser aceptadas en las escuelas para continuar su educación se relaciona con una mejor capacidad de sostenibilidad en el futuro (10). De igual forma Ribeiro y Gualda (Brasil, 2011) en adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de Minas Gerais/Brasil, reportaron que el apoyo social estimula la resiliencia en adolescentes embarazadas, permitiéndoles crear expectativas con relación a sus hijos y su futuro (30).

Según el estudio de Morales y Díaz mencionado anteriormente, las mujeres presentaron mayor resiliencia, al igual los que tenían mayor escolaridad, también hubo una diferencia de la resiliencia de acuerdo a la procedencia siendo más alta en aquellos cuyos lugares donde viven generan más oportunidad económica. No hubo asociación con la edad (27).

El estudio de Salazar y col. mostro que las gestantes adolescentes tienen menor resiliencia que las adultas y un mayor porcentaje de las adolescentes tienen puntuaciones totales en la escala de resiliencia por debajo de la media que fue 82, con respecto a las no adolescentes (52,3% frente a 41,1% respectivamente, p 0,04), lo que pudiera indicar que la edad puede influir en el nivel de resiliencia que tiene una persona, además mostro que tener una pareja adolescente (OR 2,0 IC95% 1,06-4,0; p 0,03) y un parto prematuro (OR 3,0 IC95% 1,43-6,55; p 0,004) se relacionó con mayor riesgo de baja resiliencia (5).

Se ha reportado que los afrodescendientes pese a las diferentes circunstancias adversas a través de la historia, han sido una población que ha presentado una alta capacidad de resiliencia frente a estas, lo que les ha permitido resaltar en diferentes ámbitos a nivel de América (31).

Por su parte Boukydis en su estudio indico que hubo un incremento significativo del apego materno-fetal, disminución de la ansiedad materna, y el aumento de actitudes positivas hacia la salud durante embarazo tras la implementación de consultas ecográficas, concluyen que tras la sesiones de la consulta ecográfica se disminuyeron los riesgos y aumento la resiliencia de las participantes (32).

El embarazo en las adolescentes puede traer consecuencias somáticas para la madre y para el hijo, pero también son muy importantes las consecuencia sicosociales que pueden devenir a partir de este que quizás una adulta tenga menos posibilidades de tenerla, pudiendo afectar el autoestima de la adolescente (18), el hecho de tener una baja autoestima hace que las mujeres no tengan la suficiente preparación para enfrentar los desafíos y factores estresantes del embarazo y mucho menos si es adolescente (20) de esta forma se ve afectado la capacidad de resiliencia que pueda tener. Se ha reportado en investigaciones que los niveles más altos de autoestima se asociaron con mayores niveles de resiliencia (33-35).

El estar feliz, muestra una correlación positiva con el tener una mayor capacidad de resiliencia, siendo la felicidad predictora de la capacidad de resiliencia (36, 37). Esto podría comprenderse desde la perspectiva positiva sobre la felicidad, la cual sugiere que está estimula la actividad, agudiza la conciencia, el esfuerzo y la atención no se fijan en las frustraciones, a la vez el potencial humano puede ser usado al máximo de sus posibilidades, cuyas características presentes en una persona feliz podría influir de manera positiva sobre la capacidad de resiliencia que presente (37).

Álvarez y col. en México, encontraron en un estudio en adolescentes que había mayor resiliencia en mujeres, en los que cursaban mayor grado en la escuela, no hubo diferencia en consumir alcohol y tabaco de acuerdo a la resiliencia según la ocupación, también observaron que la resiliencia predecía el consumo de alcohol alguna vez en la vida en los adolescentes, y no lo hizo con el consumo de tabaco (38). Por su parte en la ciudad de Morelia/México Sánchez y col. en adolescentes reportaron que a mayor nivel de resiliencia menos probabilidad de consumir tabaco y alcohol tienen estos (39). Se ha visto que los adolescentes con mayor capacidad de resiliencia tienden menos a consumir drogas ilícitas (40).

También, en México Palomar y Gómez (2010) encontraron que el estado civil se asociaba con 2 factores de la resiliencia, los casados tenían mayor promedio en el factor 1 (Fortaleza y Confianza en sí mismo) mientras que los solteros tenían mayor promedio del factor 4 (apoyo social), además no encontraron diferencias significativas en la resiliencia de acuerdo a escolaridad, sexo, ingresos y ocupación (41).

La pobreza se ha identificado como un factor de riesgo para menor resiliencia (24). En un estudio en México se encontró que a mayor marginación urbana menor capacidad de resiliencia presentaban los adolescentes, siendo menor en esta población la fortaleza y confianza en sí mismo, el apoyo familiar y el apoyo social, lo que los deja con menos factores protectores, en este mismo estudio se



evidencia que aquellos adolescentes que tenían familias biparentales presentaban mayor resiliencia que los que tenían familia monoparentales y en estos últimos era mayor cuando vivían con la madre (36).

Lam y col. en Lima/Perú, evidenciaron que las gestantes violentadas presentaron niveles significativamente menores de resiliencia (129.87 vs. 136.26,  $p < 0.001$ ) en comparación con las gestantes no violentadas, también menos niveles significativos en las que tenían menor nivel educativo, además, no encontraron diferencia significativas en los niveles de resiliencia entre las que vivían o no con la pareja, trabajaban o no, el trimestre en que iniciaron control prenatal, y el nivel educativo de la pareja (42).

En el estudio realizado por Quiceno y col. en enfermos crónicos de la ciudad de Medellín, identificaron las diferencias y relaciones de la variable resiliencia en función de las características sociodemográficas y clínicas, se resalta que no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de resiliencia en función a las características sociodemográficas como sexo, ocupación, estrato socio- económico colombiano y estado civil (43).

Álvarez y Cáceres en Bucaramanga realizaron un estudio en estudiantes universitarios en los que encontraron una correlación negativa débil (-0.254) entre la edad y resiliencia, correlación positiva débil (0.308) entre estrato socioeconómico y resiliencia, además al comparar las medias encontraron que hubo mayor resiliencia en los solteros que en los casados y en unión libre (t: 23.15, 3.33, 3.39 respectivamente.  $p < 0.01$ ) y mayor en los que vivían con su familia que los que no (t: 21.83, 8.48 respectivamente.  $p < 0.01$ ) (44).

Algunos factores de riesgo, presentan variabilidad en cuanto a su efecto sobre la resiliencia en los diferentes estudios, lo que podría indicar que cada población y cada persona tienen características propias que las hacen responder de una u otra forma ante las dificultades de la vida. Además es poca la investigación que se ha

realizado hasta el momento sobre factores que se asocian al nivel de resiliencia específicamente en la población gestante adolescente.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) a través de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) considera que la resiliencia se debe integrar en las dimensiones institucionales, sociales, económicas y ambientales del desarrollo sostenible, en los esfuerzos a todos los niveles para combatir el hambre y la malnutrición. Además como una estrategia para superar los daños ante desastres, por lo que fue incluida dentro de la agenda del desarrollo post 2015 como uno de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS)(45). A partir de esto la Secretaría de Emergencia Nacional (SEN) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), conjuntamente con la Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgos de Desastres (UNISDR) se encuentran abocados en la promoción y difusión de la Campaña Mundial de Reducción de Desastres, Desarrollando ciudades resilientes: "Mi ciudad se está preparando" (2010-2015) y se han creado manuales para líderes de gobiernos con el fin de apoyarlos en las políticas públicas, la toma de decisión y la organización cuando ejecutan acciones de reducción de riesgo de desastres y resiliencia (46).

Colombia se ha acogido a esta campaña dirigida por Henry Adolfo Peralta Buriticá, y ya se ha establecido la ley 1523 del 24 de abril de 2012 por la cual se adopta la política pública de gestión de riesgos de Colombia con el fin de lograr una Colombia menos vulnerable y más resiliente frente a los riesgos y desastres (47, 48).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Protecting Through Education (RET) en el año 2013, han creado una guía para gobiernos llamada Acciones para la resiliencia de la niñez y la juventud para ofrecer orientaciones a los gobiernos para el desarrollo y la implementación de políticas públicas dirigidas a la Gestión del Riesgo de Desastres (GRD) bajo un enfoque multisectorial

(específicamente en los sectores de Protección de la niñez y la juventud, Educación, Agua, saneamiento e higiene-WASH, por su siglas en inglés-, Salud y Nutrición) para asegurar sus derechos en toda circunstancia (49).

El PNUD apoya las políticas y la programación orientadas a garantizar que los jóvenes estén informados, comprometidos y empoderados para contribuir al desarrollo humano sostenible y la resiliencia de sus comunidades. Dentro de la estrategia del PNUD para la juventud 2014-2017 se encuentra el fortalecimiento de la participación de los jóvenes en la construcción de la resiliencia (50).

En Colombia, la Guía de atención en salud mental en emergencia y desastre del 2011 del Ministerio de la Protección Social, incluye dentro de lo que se debe hacer en las cuatro semanas posteriores a un desastre, la promoción de la resiliencia, el afrontamiento y la recuperación. También resaltan los factores que incrementan la resiliencia en niños y adolescentes, y los dividen en individuales, familiares y comunitarios (51).

Factores protectores individuales como capacidad de reconocer oportunidades en la adversidad, habilidad para desarrollar capacidades para la solución de problemas y de afrontamiento emocional, buenas habilidades sociales con pares y adultos, conciencia personal de fortalezas y limitaciones, sentimiento de empatía por los demás - la capacidad de meterse en los zapatos del otro, locus de control interno - creer que los esfuerzos que uno haga marcarán la diferencia, sentido del humor, autoconcepto positivo, autoconfianza, flexibilidad cognitiva, emociones positivas (optimismo, sentido del humor, interés, gozo), habilidad para interactuar de manera positiva con otras personas, afrontamiento activo, ejercicio físico y espiritualidad (51).

Factores familiares como ambiente familiar positivo, buenas relaciones entre padres e hijos, armonía entre los padres y un rol valorado en el hogar (51).

Factores comunitarios como redes de apoyo social fuertes, familia extensa que brinda apoyo, buenas relaciones con los pares, influencias comunitarias que ofrecen modelos de roles positivos, roles sociales valorados, tales como ser empleado, voluntario o reconocimiento de que ayuda a los vecinos, membrecía en una comunidad religiosa y actividades extracurriculares (51).

Leal y col. con el respaldo de la Embajada de los países bajos en Colombia, el Centro mundial de investigación y capacitación para la solución de conflicto, la Alta consejería para la reintegración social y económica de personas y grupos alzados en armas en el marco del convenio suscrito con la Organización internacional para las migraciones (OIM) han creado una cartilla denominada Yo soy, cartilla de identidad, duelo y resiliencia, con el fin de hacer intervenciones en jóvenes desmovilizados en proceso de reintegración a la vida civil(52).

EL Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Ministerio de Educación Nacional (MEN) y la OIM, crean un manual denominado Promoción de la resiliencia familiar, Manual de Agentes Educativos, que busca promover el vínculo temprano en clave de resiliencia, como alternativa para prevenir desde la primera infancia, fenómenos como el reclutamiento de niños, niñas y adolescentes(53).

También la Fundación Educacional Nuevo Retiro (FENUR) implementaron un proyecto en la localidad de Kennedy en Bogotá, para capacitar a las madres y padres adolescentes, como gestores sociales certificados, para que fueran agentes multiplicadores de la propuesta de intervención en donde se identificaran jóvenes vulnerables para potenciar habilidades y cualidades de los factores de resiliencia en embarazos adolescentes, con el fin del fortalecimiento de la resiliencia como metodología para manejar los factores de riesgo de los adolescentes y dificultades socioafectivas y económicas de sus familias, participación proactiva con su grupo familiar en el diagnóstico y elaboración del proyecto de vida, incorporándose a programas de emprendimiento, formación de

los beneficiarios como gestores sociales certificados, para ser multiplicadores con otros adolescentes que requirieran un trabajo de fortalecimiento similar (54).

En 1992 la Universidad del Estado de Iowa crea el Programa Familias Fuertes, que tiene como objetivo prevenir conductas de riesgo frente al consumo de drogas por medio de la promoción y fortalecimiento de la comunicación entre padres e hijos y la asesoría en habilidades de crianza y orientación familiar y promover la salud mental y el desarrollo de los adolescentes entre los 10 y 14 años. Este programa está siendo implementado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) basado en evidencia científica que demuestra la efectividad de trabajar con familias y adolescentes para prevenir el consumo de drogas, el delito y otros comportamientos de riesgo por parte de la juventud. Ha sido adecuado del programa Programa Strengthening Families Program (SFP) a la realidad social y cultural de América Latina por la Organización Pan Americana de la Salud (OPS), incluyéndolo en la Estrategia Regional para mejorar la Salud de Adolescentes y Jóvenes, en reconocimiento al rol de la familia en la salud de los adolescentes (55-57).

El programa está siendo implementado de acuerdo a los Estándares Internacionales de Prevención del Abuso de Drogas de UNODC, en Panamá, Honduras, Guatemala, Nicaragua, Perú y República Dominicana, con resultados satisfactorios (55, 58). En Colombia inicio en el año 2012 y a partir del 2014 con la formulación del Plan Nacional es implementado en todo el territorio nacional, siendo desarrollado como programa nacional por el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio de Salud y protección social (MSPS), con apoyo de la UNODC y la OPS. El 23 de Mayo del 2017 se abrió la convocatoria en este país para los profesionales que desearan formarse como entrenadores del programa 'Familias Fuertes, Amor y Límites'. El propósito era formar 40 nuevos entrenadores del programa que a su vez permitan aumentar a 4.000 los facilitadores en los 32 departamentos. A esa fecha era cerca de 11.000 los núcleos familiares

certificados como 'Familias Fuertes' en 23 departamentos del país y se contaba con 950 facilitadores en 25 territorios (56).

En enero del 2016 el MSPS de Colombia dio a conocer la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que tienen como objetivo orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”, para así garantizar el derecho a la salud. Esta política permite la implantación de un Modelo Integral de Atención regulado por el Estado e implica el cambio en las prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los agentes a los objetivos de una regulación que centra el sistema en el ciudadano, su familia y su entorno (59).

La política recoge el marco de determinantes sociales adoptado por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012- 2021. Bajo ese contexto, el Estado reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicos, educacionales, de hábitat y genéticos que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforman la nación. Los determinantes sociales de la salud consolidan tanto los factores protectores de las condiciones de salud como las causas primarias de la enfermedad. De acuerdo con la Ley Estatutaria de la Salud, el legislador deberá definir procesos para su intervención, y su abordaje se considera intersectorial. Toda política nacional o territorial de salud debe partir del análisis de los determinantes y se deben considerar como factores condicionantes de las intervenciones planteadas desde la PAIS (59).

La PAIS requiere un modelo operacional y para esto se crea el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), cuyo propósito es la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual

requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. El Modelo pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Es por ello que incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad. Para la operación del MIAS es necesario organizar las poblaciones según el curso de vida y los grupos de riesgo que pueden afectar la salud de las personas (59).

Uno de los componentes operacionales de este modelo son las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), son una herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. A partir de la RIAS, se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios (PB), incluyendo las guías de práctica clínica asociadas a estos. El MSPS ha planteado tres tipos de RIAS: 1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, 2. Ruta integral de atención para grupos de riesgo y 3. Rutas integrales de atención específica (59, 60).

En lo que concierne específicamente a la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, comprende las acciones y las interacciones que el Sistema debe ejecutar para el manejo de riesgos colectivos

en salud y la protección de la salud de la población, promoviendo entornos saludables para lograr el bienestar y el desarrollo de los individuos y las poblaciones. Así mismo, incluye las acciones que desde el cuidado se debe proporcionar desde y hacia el individuo para el goce o recuperación de la salud comprendiendo también aquellas que se espera que el propio individuo realice para prevenir los riesgos o mejorar su recuperación de la enfermedad (59, 60).

Uno de los enfoques orientadores de las RIAS es el enfoque de curso de vida que se basa en un modelo que sugiere que los resultados de salud para individuos, familias y comunidades dependen de la interacción de diversos factores protectores y de riesgo a lo largo de dicho curso de vida. De tal manera “que el estado de salud a cualquier edad, para una cohorte de nacimiento determinada, refleja no sólo las condiciones contemporáneas sino la encarnación de las circunstancias vitales anteriores, desde la etapa intrauterina en adelante”. Es por esto que han establecido una Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud para cada etapa del ciclo vital. Los momentos vitales y su conceptualización acogidos por las RIAS son: i) Primera infancia, ii) Infancia, iii) Adolescencia, iv) Juventud, v) Adulthood y vi) Vejez. La adolescencia se refiere a hombres y mujeres entre los 12 y 17 años (60).

La ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en la adolescencia establece una serie de intervenciones que se deben realizar de las cuales muchas no se llevan a cabo aun, ya sea porque no se cuenta con personal idóneo o porque no cuentan con referentes técnicos ni operativos para su desarrollo y no existen herramientas para el seguimiento y evaluación de las intervenciones. De estas intervenciones se resaltan para este estudio las siguientes: dentro de la valoración de la salud mental de los adolescentes propone valorar los sucesos vitales y su influencia en la salud, mediante la valoración, promoción y educación de estrategias de preparación y afrontamiento frente a sucesos vitales normativos (estrés escolar, inicio de relaciones sexuales, vinculación a la educación superior y/o vida productiva, entre otros) y no



normativos (muerte, enfermedad, accidentes, separación de los padres, cambio de hogar, migración o desplazamiento, privación de la libertad, pérdidas materiales o de redes de apoyo social, entradas y salidas de personas a la familia, nacimiento de un nuevo miembro de la familia, cambio de creencias, ser objeto de violencia, desastres naturales o de origen antropogénico) con el fin de mitigar el impacto negativo del estrés en el estado de salud e identificar factores de riesgo para trastornos de comportamiento, problemas y trastornos mentales. También sugiere valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral, valorar y promover el contexto social y las redes de apoyos sociales y comunitarios, educar en el desarrollo de habilidades sociales y emocionales para la promoción de la salud física y mental (61).

Como se puede ver a nivel internacional y nacional se han puesto en marcha programas y políticas que respaldan el fortalecimiento de la resiliencia en las diferentes poblaciones para la superación de situaciones difíciles y la prevención de riesgo en el consumo de drogas, delincuencia, ambientales y de salud. Además programas y políticas que respaldan la importancia de la intervención de la persona desde los diferentes ámbitos de su vida como es la familia, pares, ambiente y desde las entidades gubernamentales y no solamente desde lo físico y le dan importancia a los diferentes factores con un enfoque de los determinantes sociales que pueden afectar la salud de las personas, con el fin de mejorarlos.

De acuerdo con lo anterior, este estudio busca dar respuesta al siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores asociados a nivel de resiliencia bajo en gestante adolescentes de la ciudad de Cartagena en el año 2016?

Por tal motivo se considera importante reconocer el nivel de resiliencia de embarazadas adolescentes y los factores que pueden estar asociándose a que en ellas este nivel sea bajo, con el fin de establecer estrategias que permitan en un mediano plazo modificarlas e incidir en un mejor bienestar y calidad de vida de la adolescente embarazada y su familia.

El desarrollo del proyecto, generara una línea de base sobre los factores que se asocian a la baja resiliencia, de tal forma que permitan la creación e implementación de programas de intervención en salud y educativos de atención integral que involucren a todo el personal de salud, además psicología, trabajo social y escuelas, que brinde la oportunidad a las gestantes adolescentes, su pareja y familia de desarrollar y fomentar determinados factores que promuevan la resiliencia.

Este trabajo permitirá distinguir la frecuencia de esta problemática, y se espera que incentive la creación de políticas por parte del gobierno centradas en esta población, buscando la mejoría de los factores que sean de competencia de las diferentes dependencias gubernamentales.

Además, facilitaría la socialización de esta problemática a los médicos generales y especialistas de las instituciones donde se tomó la muestra y todo aquel que tenga acceso a este estudio, con el fin de sensibilizarlos y mostrar la importancia que tiene determinado nivel de resiliencia de la gestante adolescente y los factores que la influyen, en el bienestar futuro materno-infantil, para despertar en ellos el interés por indagar el nivel de resiliencia de cada paciente gestante adolescente que atiendan y los factores que puedan tener, que influyan a que sea bajo este nivel, con el fin de trabajar en equipo para disminuirlos.

## OBJETIVOS

### General

Establecer los factores que se asocian a nivel de resiliencia bajo en gestante adolescentes de la ciudad de Cartagena en el año 2016.

### Específicos

- ✓ Establecer la caracterización de la población de gestantes adolescentes de la ciudad de Cartagena, en el año 2016 según:
  - *Características sociodemográficas:* Edad, etapa de la adolescencia, procedencia, etnia, estrato socioeconómico, estado civil, escolaridad, ocupación, asistencia a iglesia, religiosidad, espiritualidad.
  - *Características ginecobstétricas:* Semana de gestación, trimestre del embarazo, control prenatal, trimestre de inicio de control prenatal, realización de ecografías, numero de ecografías, percepción de embarazo de riesgo, patologías durante el embarazo.
  - *Características familiares:* Familismo, tipo de familia, personas con quien convive, apoyo de la familia, apoyo del compañero, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo.
  - *Hábitos de consumo de sustancias tóxicas:* Consumo de cigarrillo, de alcohol y de sustancias psicoactivas.
  - *Estado sicoemocional:* Felicidad subjetiva, autoestima.
  - *Apoyo social:* Apoyo de amigos, de entidades gubernamentales y no gubernamentales.
  - *Características del compañero:* Edad, escolaridad.
- ✓ Determinar el nivel de resiliencia de las gestantes adolescentes de la ciudad de Cartagena en el año 2016.

- ✓ Establecer el nivel de resiliencia de las gestantes adolescentes de la ciudad de Cartagena en el año 2016 según las siguientes características de la gestante adolescente y de su compañero:
  - *Características sociodemográficas:* Edad, etapa de la adolescencia, procedencia, etnia, estrato socioeconómico, estado civil, escolaridad, ocupación, asistencia a iglesia, religiosidad, espiritualidad.
  - *Características ginecobstétricas:* Semana de gestación, trimestre del embarazo, control prenatal, trimestre de inicio de control prenatal, realización de ecografías, número de ecografías, percepción de embarazo de riesgo, patologías durante el embarazo.
  - *Características familiares:* Familismo, tipo de familia, personas con quien convive, apoyo de la familia, apoyo del compañero, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo.
  - *Hábitos de consumo de sustancias tóxicas:* Consumo de cigarrillo, de alcohol y de sustancias psicoactivas.
  - *Estado sicoemocional:* Felicidad subjetiva, autoestima.
  - *Apoyo social:* Apoyo de amigos, de entidades gubernamentales y no gubernamentales.
  - *Características del compañero:* Edad, escolaridad.
- ✓ Estimar la asociación entre baja resiliencia y los factores de riesgo:
  - *Características sociodemográficas:* Edad, etapa de la adolescencia, procedencia, etnia, estrato socioeconómico, estado civil, escolaridad, ocupación, asistencia a iglesia, religiosidad, espiritualidad.
  - *Características ginecobstétricas:* Semana de gestación, trimestre del embarazo, control prenatal, trimestre de inicio de control prenatal, realización de ecografías, número de ecografías, percepción de embarazo de riesgo, patologías durante el embarazo.

- *Características familiares:* Familismo, tipo de familia, personas con quien convive, apoyo de la familia, apoyo del compañero, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo.
- *Hábitos de consumo de sustancias tóxicas:* Consumo de cigarrillo, de alcohol y de sustancias psicoactivas.
- *Estado sicoemocional:* Felicidad subjetiva, autoestima.
- *Apoyo social:* Apoyo de amigos, de entidades gubernamentales y no gubernamentales.
- *Características del compañero:* Edad, escolaridad.

## **MARCO TEÓRICO**

### **CAPITULO I**

#### **Definición y características de la resiliencia**

La palabra resiliencia se origina del latín, del término resilio que significa “volver atrás”, “volver de un salto”, “resaltar”, “rebotar”. Este término fue adaptado a las ciencias sociales para referirse a las personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos (62).

Grotberg define resiliencia como “capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformados por ella”. Considera que es parte del proceso evolutivo y que deber ser promovido desde la niñez (63). Por su parte Melillo y Luthar, definen resiliencia como “un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de adversidad”, en esta definición se pueden distinguir tres componentes esenciales de la resiliencia: por un lado la noción de adversidad, trauma, riesgo o amenaza al desarrollo humano, por otro la adaptación positiva o superación de la adversidad, y por último el proceso que considera la dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano (23).

Por algún tiempo se pensó que la respuesta resiliente era inusual y patológica, sin embargo la actual literatura muestra que es una respuesta común y su presencia no es patológica sino que es un ajuste saludable ante la adversidad (23).

Garcia-Dia y col. en su revisión bibliográfica han identificado 4 atributos de la resiliencia, los cuales son: 1) Rebotar: se refiere a la capacidad de una persona de recuperarse posterior a la exposición a un evento que cambie su vida, este atributo le permite reconocer la situación adversa y a partir de ella crecer, aprender y avanzar hacia una nueva vida normal; 2) Determinación: hace referencia a tener una firme intención de lograr un fin deseado, permitiendo que

las personas tengan la convicción de poder superar cualquier obstáculo al que se enfrenten; 3) Apoyo social: se refiere al mantenimiento de relaciones positivas con otras personas significativas, y con redes de apoyo social con el fin de expresar sentimientos, lo cual ayuda hacer frente a las diferentes situaciones de la vida; y 4) Autoeficacia: hace referencia a la creencia en la propia capacidad para alcanzar una meta o superar un evento, permitiendo que la persona se mantenga fuerte cuando se enfrentan a un evento cambiante en la vida (64).

También se han identificado 8 pilares de la resiliencia, son: 1) Independencia: Se define como la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos (distancia emocional y física); 2) Introspección o capacidad de insight: Es la capacidad de mirarse a sí mismo, detectar y reconocer las propias emociones; 3) Capacidad de relacionarse o interacción: Es la habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas, es crear vínculos; 4) Iniciativa: Es el placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes; 5) Humor: Alude a la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia; 6) Creatividad: Es la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden, es hacer todo a partir de la nada; 7) Moralidad: se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo. 8) Autoestima consistente: Es la base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo (23).

## **CAPITULO II**

### **Resiliencia y adolescentes**

Rew y col.(2001) en un grupo de adolescentes pobres de zonas rurales, definió la resiliencia como la capacidad de una persona de ser inmune y adaptarse al estrés que permite a la persona desarrollarse como individuo a pesar de experiencias de vida infelices (2).

Algunas características de los jóvenes resilientes son (65):

- Adecuado control de emociones en situaciones difíciles o de riesgo, demostrando optimismo y persistencia ante el fracaso.
- Habilidad para manejar de manera constructiva el dolor, el enojo, la frustración y otros aspectos perturbadores.
- Capacidad de enfrentar activamente los problemas cotidianos.
- Capacidad para obtener la atención positiva y el apoyo de los demás, estableciendo amistades duraderas basadas en el cuidado y apoyo mutuo.
- Competencia en el área social, escolar y cognitiva; lo cual les permite resolver creativamente los problemas.
- Mayor autonomía y capacidad de auto observación.
- Gran confianza en una vida futura significativa y positiva, con capacidad de resistir y liberarse de estigmas negativos.
- Sentido del humor, flexibilidad y tolerancia.

Durante la adolescencia se puede estar expuesto a diferentes riesgos, que pueden afectar negativamente la vida de una persona desde el punto de vista físico, emocional y social, el origen de estos riesgos puede deberse a: características de la zona de influencia o del lugar donde provienen la familia y el o la adolescente debido a la exclusión social que se vive en algunas lugares, las características del hogar como sistema protector, así como la escuela y el grupo de pares, la aceptación y adaptación al nuevo cuerpo, debido a que todos los cambios y la



rapidez con que se viven, generan sentimientos de preocupación y ansiedad, el distanciamiento físico entre los adolescente y sus padres o personas adultas cercanas, a diferencia de la época infantil en la que solían intercambiar besos, caricias y abrazos, ser víctima de violencia física, psicológica o emocional, sexual, abandono o negligencia, o cuando el niño, niña o adolescentes es testigo de la violencia que se da en el ámbito doméstico y escolar, la búsqueda de la respuesta a la pregunta ¿quién soy?, entre otros (66).

Estas situaciones mencionadas pueden llevar a conductas de alto riesgo, por ejemplo: el uso y abuso de alcohol y drogas que aumenta el riesgo de accidentes automovilísticos y de situaciones de violencia, el inicio de una vida sexual prematura y no protegida aumenta el riesgo de embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual. El desarrollo de habilidades para ser resiliente es una forma de prevenir en los adolescentes la aparición de estos riesgos y para sobreponerse de sus consecuencias (66).

Cada adolescente puede desarrollar la resiliencia, es importante saber que las estrategias para la construcción de la resiliencia que funcionan en una persona no, necesariamente funcionan en otras. Cada quien tiene diferentes estrategias para hacerlo. Es importante el papel del personal de salud en el desarrollo de la resiliencia en los adolescentes y deben actuar como facilitadores del proceso proponiendo y promocionando acciones que colaboren con su construcción. De esta forma en cada contacto de los trabajadores de salud con un adolescente, una de las cosas que deben reportar aparte de los parámetros biofísicos es como se encuentran los riesgos y la resiliencia biopsicosocial, de igual forma deben promover el desarrollo de la resiliencia en la consulta (66).

Alguna de las acciones que permiten promover la resiliencia en los adolescentes son (66):

1. Fomentar la autoestima y el autocuidado: Ayudar a que reconozca las propias necesidades y sentimientos. Fomentar la participación en actividades que disfrute

y encuentre relajantes. Proponer que haga ejercicio con regularidad. Indicar que el cuidado de sí mismo ayuda a mantener la mente y cuerpo listos para enfrentarse a situaciones que requieren resiliencia.

2. Invitar a que alcance sus metas y promover el desarrollo de planes realistas: Proponer la realización de alguna actividad en forma regular que le permita moverse hacia sus metas, paso a paso y evitar dejarse llevar por impulsos.

3. Promover la toma de acciones decisivas previa información: Hacer que la persona adolescente participe de la toma de decisiones sobre su salud y para ello brinde información, aclare dudas y ofrezca las opciones tanto para prevención como para tratamiento en los casos en que sea necesario.

4. Promover el buen relacionamiento con los miembros cercanos de la familia, amigos u otras personas importantes, así como estimular la aceptación de apoyo: Desarrollar y fortalecer las habilidades en comunicación contribuye a la resiliencia. Proponer la participación en grupos cívicos, organizaciones religiosas u otros grupos locales, pues se ha visto que en algunas personas esto les provee sostén social y las ayuda a tener esperanza. Ayudar a los demás en sus momentos de necesidad también fortalece al que lo hace.

5. Proponer el auto-descubrimiento: Conocerse a sí mismo, buscar significado de su vida, establecer sus metas, sueños, aspiraciones y lo que considera que debe fortalecer.

6. Ayudar a entender que las crisis son problemas superables: Si bien no se puede cambiar el hecho de que suceden los eventos altamente estresantes, sí se puede cambiar la forma de interpretar y responder a estos eventos. Ayudar e invitar a que mire más allá del presente y a pensar en el futuro.

7. Contribuir a aceptar el cambio como parte de la vida: Algunas metas pueden no ser alcanzables como resultado de situaciones adversas. Aceptar las circunstancias que no se pueden cambiar puede ayudarle a concentrarse en las circunstancias que se pueden alterar.

8. Ayudar a cultivar una visión positiva de sí mismo: Promover el desarrollo de la confianza en su capacidad para resolver problemas y que confíe en sus instintos, como aspectos que ayudan a construir la resiliencia.
9. Contribuir a mantener las cosas en perspectiva, incluso en momentos difíciles.
10. Promover una actitud optimista y el sentido del humor: Una visión optimista le permite esperar que ocurran cosas buenas en su vida.

## CAPITULO III

### Factores asociados a resiliencia

➤ *Características sociodemográficas:*

**Edad y etapa de la adolescencia:** La edad se refiere al “tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales” (67), aquí se hablara en términos de años.

La adolescencia puede considerarse como una etapa crítica de la vida, ya que comprende una transición de la infancia a la adultez, donde se presenta un aceleramiento en el crecimiento tanto físico como cognitivo y cambios biológicos, psicológicos, espirituales y sociales (3, 24). La OMS ha establecido que la adolescencia comprende desde los 10 años hasta los 19 años, dividiéndola en temprana desde los 10 hasta los 14 años y tardía desde los 15 hasta los 19 años (1, 24, 68). La OPS por su parte la clasifica en temprana desde los 10 hasta los 13 años, media de los 14 a los 16 años y tardía desde 17 a 19 años (69). Para este estudio se usó la clasificación de la OMS, por ser referente a nivel mundial.

Se ha observado que la resiliencia es mayor en gestantes adultas que en gestantes adolescentes (5). Debido a que las adultas tienen más capacidad de regulación emocional y resolución de problemas. Por su parte los jóvenes requieren del apoyo social y tienen más factores protectores externos, lo cual determina su resiliencia, y estos en ocasiones son deficientes, por tanto pueden presentar algunas dificultades para desarrollar la resiliencia, a menos que cuenten con la ayuda de un adulto, especialmente de aquellos en quienes ellos confían, respetan, aman y con los que se sienten unidos de alguna manera (70).

Durante la adolescencia se presentan problemas de identidad que no suelen presentarse en edades mayores; debido a que los adolescentes buscan encontrar en el medio social las posibilidades para que su identidad sea reconocida y que su autonomía sea validada en las decisiones y acciones que asumen, para

progresivamente dar sentido y forma a su proyecto vital, necesitan autenticar y obtener reconocimiento al proyecto de identidad que han estado ensayando. La resiliencia durante esta etapa de la vida tiene que ver con la capacidad de resolver estos problemas, y muchas veces el contexto en el que vive el adolescente no brinda las condiciones apropiadas para que se desarrolle de forma positiva, y sería un agravante a los propios problemas de la edad para el desarrollo de una adecuada resiliencia (71) y aún más si la mujer adolescente se encuentra en embarazo.

En la misma etapa de la adolescencia se ha descrito otra forma de comportamiento de la capacidad de resiliencia siendo menor en la adolescencia tardía y más en población de bajo nivel socioeconómico, por el hecho de que son más conscientes del mundo al que se enfrentan y van tomando conciencia de las responsabilidades que les han de venir (36, 44). Esto porque hacia el final de la adolescencia se dan una serie de transiciones como lo es la maduración de su proyecto vocacional, el egreso de la escuela, quienes logran terminarla y comienza la incertidumbre sobre el futuro laboral y existencial (71).

La resiliencia en los jóvenes tiene que ver entonces con fortalecer la autonomía y aplicación, es decir la capacidad de gestionar sus propios proyectos de modo responsable y diligente (72).

***Procedencia:*** Es definida por la real academia como origen, principio de donde nace o se deriva algo o punto de partida de un barco, un tren, un avión, una persona, etc., cuando llega al término de su viaje, hace referencia al origen geográfico de alguien (73, 74).

Según la teoría ecológica de la resiliencia utilizada por Baldwin, los ambientes donde una persona se desarrolla son identificados como factores que pueden afectar sobre la respuesta de esta ante un evento de adversidad, ya sea de forma protectora, generando buena capacidad de resiliencia o de forma negativa

provocando baja capacidad de resiliencia, modulando de esta forma los efectos del trauma. Son importantes las características, comportamientos, costumbres, creencia, ideologías del lugar (familia, pueblo, sociedad) de donde procede una persona, debido a que estas serán promotores de los recursos de cada individuo para poder alcanzar autogestión del desarrollo personal y social. Ese entorno en donde un individuo crece puede limitar pero también potenciar las actividades de resolución de problemas, manejo del estrés, capacidades de afrontamiento de las situaciones críticas, entre otras y así promover la resiliencia (75).

Becoña afirma que la capacidad para afrontar el estrés exitosamente y los eventos adversos, son el resultado de la interacción de diversos elementos en la vida de la persona como lo es las características internas, la familia y el ambiente, en especial lo relacionado con su crianza y las características de apoyo que estén presentes en esta; también la cantidad e intensidad de las circunstancias complejas por las que haya pasado características del lugar en donde vive o vivió. Se ha observado que jóvenes que proceden de áreas en las que hay más oportunidades para mejorar la vida económica presentan mayor resiliencia (27).

**Etnia:** Hace referencia a una comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas y culturales (76). En Colombia se identifican las siguientes etnias: afrodescendiente (cuando ambos padres también tienen características fenotípicas y culturales afrodescendiente, y proceden de asentamientos afrodescendientes), blanco (cuyos ascendentes papa y mama tienen características fenotípicas y culturales árabes, europeas), indígena (cuando son hijas de madre y padre con características fenotípicas y culturales indígenas, y proceden de resguardos indígenas), mestizos (no cumplen con ninguna de estas características, y es el producto de la unión de varias etnias), y otros (gitanos, árabes judíos, etc) (77-79).

La población afrodescendiente, se ha caracterizado por presentar un alto nivel de resiliencia, este ha sido un grupo étnico víctima de innumerables maltrato físico,

psicológico, rechazo y marginación social durante toda la historia de la humanidad, lo cual ha sido un riesgo para problemas emocionales, sin embargo, ha sido un grupo que ha superado y luchado en contra de esto, individualmente los afrodescendientes se caracterizan por darse apoyo entre ellos, y es característico de esta población el apoyo de la familia nuclear y extendida, incluso a conocidos cuando estos tienen dificultades para mantenerse. La literatura demuestra la importancia de la familia entre la población afrodescendiente, para los cuales la familia es esencial, y teniendo en cuenta los mensajes negativos externos a los que aún se enfrentan, la familia se convierte en generadora de apoyo, seguridad y validación, lo cual ayuda a la superación de las adversidades. La población negra ha presentado una serie de características que les ha permitido su supervivencia como es dar prioridad a la familia, considerar importante la educación, necesidad de empresas individuales y trabajar duro, valores cívicos (31).

Genero afirma que la población negra ha demostrado aun en medio de una dura realidad, encontrar la manera de salir adelante, mediante la motivación a sus niños de ser ciudadanos responsables, el cuidado de los ancianos y la construcción de la comunidad, este autor señala que este actuar requiere de un alto nivel de motivación, compromiso, tenacidad y creatividad (80). Otros autores como Hines (81), Franklin (82), destacan la gran capacidad de recuperación ante las situaciones adversas que ha tenido la población afrodescendiente. Este último autor indica que la fuerte tradición familiar entre los negros les permitió sobrevivir al sistema de esclavos, la segregación, discriminación, a la pobreza legal forzada y el racismo.

De esta forma los mecanismos de defensa con los que ha contado esta población incluyen, pero no se limitan a: redes familiares nucleares y extendidas, rol flexible y relación de unidad en la familia y un fuerte sentido de la religiosidad (31).

**Estrato socioeconómico:** Se refiere al “nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida,

determinado de manera directa mediante las condiciones físicas de las viviendas y su localización, utilizando la metodología establecida por Planeación Nacional y los parámetros definidos por la autoridad competente” (83). Los estratos socioeconómicos en los que se pueden clasificar las viviendas son 6, denominados así: 1. Bajo-bajo, 2. Bajo, 3. Medio-bajo, 4. Medio, 5. Medio-alto, 6. Alto. La clasificación en cualquiera de los seis estratos permite aproximarse a las diferencias socioeconómicas jerarquizadas, ya sea de pobreza a riqueza o viceversa. Así en una ciudad se podrían encontrar diferentes tipos de viviendas, desde un tugurio las cuales dejan ver el grado de miseria de las personas que allí habitan, hasta lujosas casas o apartamentos que dejan entre ver un acumulo de riqueza (84-86).

La pobreza se ha identificado como un factor de riesgo para menor resiliencia (24) Cuando existe una mayor marginación urbana, los adolescentes tienden a menor capacidad de resiliencia, debido a que tienen menor fortaleza, confianza en sí mismo, apoyo familiar y apoyo social, lo que los deja con menos factores protectores (36) para enfrentar las adversidades. Los adolescentes que residen en áreas donde hay menores oportunidades de empleo, que viven en condiciones poco favorables para satisfacer sus necesidades son menos resilientes (27).

**Estado civil:** El diccionario de la real academia española define estado civil como la “condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales” (87). En Colombia el estado civil de las personas está constituido por un conjunto de situaciones jurídicas que relacionan a cada persona con el sexo (varón o mujer), la edad (mayor o menor), la familia de procedencia ( hijo legítimo, extramatrimonial o adoptivo), la familia que forma (soltero, casado o unión marital de hecho), la existencia (vivo o muerto) que permiten individualizar e identificar a cada persona con más precisión, así, el estado civil de una persona es su situación jurídica en la familia y la sociedad, y determina su capacidad para ejercer



ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación corresponde a la ley (88-91). En este estudio se centrara en el estado civil con respecto a la familia que forma.

En estudiantes universitarios el estado civil soltero se relaciona con mayor resiliencia que estar casado o en unión libre (44).

El estado civil interfiere en la capacidad de resiliencia debido a que se ha visto que determina las relaciones positivas con otros, crecimiento personal y propósito en la vida, concretamente y de un modo concluyente, así los solteros mantienen más relaciones interpersonales cercanas, satisfactorias, y de mutua confianza, que los casados y viudos; los casados, mantienen sentimiento de mejora y desarrollo continuado en mayor medida que los viudos; y finalmente, los casados siguen proponiéndose metas en la vida y mantienen sentido de dirección, mientras que los viudos pierden ese sentimiento de significado en la vida (92).

Fahad y Sandman sostienen que las responsabilidades adicionales que tienen las personas casadas (en comparación con las solteras), las hacen más fuertes, más flexibles y menos afectadas por los cambios o sucesos inesperados (93).

El nivel de resiliencia en jóvenes casados se fundamenta en que tienen una mayor fortaleza y confianza en sí mismos, en comparación con los solteros. Por otra parte, el nivel de resiliencia de los solteros está fundamentado en que perciben más apoyo social que la gente que está casada. Esto último podría explicarse por el hecho de que cuando la gente se casa adquiere múltiples responsabilidades y a su vez tiene menos tiempo disponible para pasar tiempo con amigos y con su familia, por lo que su vida social puede verse reducida con los años (41).

**Escolaridad:** Hace referencia “al tiempo que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza” (94).

El nivel de educación se considera como factor de riesgo para tener baja resiliencia (24). Los adolescentes con mayor nivel educativo tienden a presentar

mayor nivel de resiliencia (27, 42). Esto puede deberse a que se ha visto que por ejemplo el fracaso escolar hace a los adolescentes mucho más vulnerables al daño de su salud mental e integración social. Y se ha visto el carácter protector de la educación ante conductas de riesgo a través de elementos como el buen clima emocional y las relaciones interpersonales que se obtienen en los establecimientos educativos. Así, La experiencia escolar es el espacio social para la prevención y promoción de la salud mental integral (95).

Algunas características propias de las escuelas pueden aumentar la probabilidad de desarrollar competencias sociales y cognitivas. No es el tamaño de la escuela, la disponibilidad del espacio, la antigüedad de la escuela o el grado escolar en el que se coloca a los alumnos de acuerdo con sus capacidades. La influencia más importante de la escuela sobre los alumnos está en los aspectos relacionados con la vida escolar, las características del cuerpo docente, la naturaleza de la escuela como organización social y las acciones de los profesores en el salón de clase (estructura, preparación y planificación de las clases, énfasis en exámenes y tareas, un sistema flexible y el uso de incentivos y recompensas) (41).

**Ocupación:** Según el diccionario de la real academia española hace referencia al trabajo, empleo, oficio, actividad o entretenimiento en el que una persona emplea su tiempo (96). Se ha encontrado que no hay diferencias en el nivel de resiliencia en gestantes según si se trabaja o no (38, 42).

**Religiosidad y espiritualidad:** La religión o religiosidad es entendida como el constructo ligado al aspecto institucional, mientras que la espiritualidad es entendida como el aspecto relacionado a lo personal y subjetivo. Hill y col. (97) han propuesto una serie de criterios para definir ambos constructos. Estos criterios son:

Espiritualidad:

A. Los sentimientos, pensamientos, experiencias y comportamientos que surgen de la búsqueda de lo sagrado. El término “búsqueda” se refiere a intentos de

identificar, articular, mantener o transformar. El término “sagrado” se refiere a un ser divino, objeto divino, última realidad o verdad según percibida por la persona.

Religiosidad:

- A. Los sentimientos, pensamientos, experiencias y comportamientos que surgen de la búsqueda de lo sagrado. El término “búsqueda” se refiere a intentos de identificar, articular, mantener o transformar. El término “sagrado” se refiere a un ser divino, objeto divino, última realidad o verdad según percibida por la persona.
- B. Una búsqueda de metas no sagradas (como la identidad, pertenencia, significado, salud, o bienestar) en un contexto que tiene como su meta primordial la facilitación de (A) y,
- C. Los medios y métodos (como por ejemplo, rituales o comportamientos prescritos) de la búsqueda que recibe validación y apoyo por parte de un grupo identificable de personas.

Las convicciones religiosas positivas pueden contribuir a la construcción de un sentido en la vida, es decir a la resiliencia, la relación que se crea por ejemplo entre un cristiano y Dios como su ser supremo y protector, debería dar una confianza total en la vida y en el futuro que se asocia a resiliencia (98). La resiliencia permite la adaptación exitosa ante eventos adversos o traumáticos, mientras que la espiritualidad motiva y permite la búsqueda de trascendencia, propósito y sentido de vivir, actuando como variable independiente que favorece el desarrollo de la resiliencia (99).

➤ *Características ginecobstetricas:*

**Semana de gestación y trimestre del embarazo:** La edad gestacional se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla hasta la fecha actual, se mide en semanas (100), el embarazo dura

alrededor de 40 semanas normalmente y este se divide en tres periodos de tres meses cada uno denominados trimestre del embarazo: el primero comprende desde la semana 1 hasta la 13.5 semanas, el segundo desde 13.6 semanas hasta 27 semanas, y el tercer trimestre desde 27.1 semanas en adelante (101). Se han credo métodos y programas para la determinación de la edad gestacional, aquí se utilizara para su cálculo la aplicación de teléfono móvil Qx-Calculate (102).

Se sabe que la resiliencia es de carácter dinámico, debido a que se puede ser resiliente en un momento pero no serlo en otro o inicialmente no serlo pero lograrlo a ser (62), por tal motivo la capacidad de resiliencia podría ser diferente de acuerdo a si la gestante adolescente se encuentra en el inicio del embarazo o al final.

***Control prenatal y trimestre de inicio de control prenatal:*** Control prenatal se define como el conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional (103). El trimestre de inicio de control prenatal se refiere, al trimestre del embarazo en el que fue por primera vez a una cita de control prenatal. Lam no encontró diferencia significativa en los niveles de resiliencia teniendo en cuenta el trimestre del embarazo en que se inició el control prenatal (42).

***Realización de ecografías y numero de ecografías:*** Mujeres gestantes que acudieron a una cita ecográfica durante todo el embarazo, diferente a la realización de la ecografía convencional, presentaron mejor resiliencia y mayor apego a su embarazo y menor conducta de riesgo (32).

***Percepción de embarazo de riesgo y patologías en el embarazo:*** Un embarazo de riesgo es aquel que presente factores biológicos, ambientales o sociales que

aumentan la probabilidad de presentar un evento no deseado sea en el feto o en la madre o en ambos (103).

La federación colombiana de perinatología reconoce como embarazos de alto riesgo aquellos casos en los que, por coincidir durante la gestación, en el parto o en el neonato circunstancias biomédicas, psicológicas y sociales o de otra índole, se acompañan de una morbilidad materna y perinatal superior a la de la población general (104). Por ejemplo, la prematuridad, se ha asociado a baja resiliencia en gestantes adolescentes (5), este es un problema de salud que afecta a nivel médico, pero también en el ámbito económico y social.

Esta asociación establece las siguientes categorías de riesgo en el embarazo, de acuerdo a condiciones biosicosociales de la gestante y físicas del producto (104):

Riesgo bajo: gestantes en las que no se han podido identificar ninguno de los factores de riesgo que se detallan en los niveles siguientes.

Riesgo medio: anomalías pélvicas, cardiopatía leve, condiciones socioeconómicas desfavorables, embarazo no deseado, estatura baja, control insuficiente de la gestación, esterilidad previa, fumadora habitual, edad inferior a 16 años o superior a 38 años, gestante Rh negativo, gran multiparidad, incremento excesivo o insuficiente de peso, obesidad no mórbida, riesgo de ETS, infección urinaria o bacteriuria asintomática, riesgo laboral, sangrado genital en el primer trimestre, periodo intergenésico inferior a 12 meses.

Riesgo alto: anemia grave, cardiopatía moderada, cirugía uterina previa, diabetes gestacional, embarazo gemelar, endocrinopatía, obesidad mórbida, preeclampsia leve, infección materna como hepatitis B, sífilis, herpes tipo II, citomegalovirus, rubeola, toxoplasmosis, VIH, pielonefritis, estreptococo beta- hemolítico, sospecha de malformación fetal.

Riesgo muy alto: amenaza de parto prematuro, cardiopatías severas, diabetes pregestacional, drogadicción y alcoholismo, malformación fetal confirmada, gestación múltiple, muerte fetal confirmada, muerte perinatal recurrente, incompetencia cervical, retraso del crecimiento intrauterino, patología asociada grave, placenta previa, preeclampsia grave, rotura prematura de membranas en el pretérmino,

Eileen Alonso identificó en un estudio que dos de los factores de riesgo para el embarazo de alto riesgo, son: la edad materna y las situaciones de estrés permanente en la gestante (105). Esto posiblemente porque hay una menor respuesta de inmunidad celular mediada por el estrés, lo que hace a la mujer más propensas a las infecciones y a su agresividad y a causa de las catecolaminas liberadas por el estrés se estimulan receptores alfa adrenergicos en el útero que aumenta la contractilidad de este (106). Otro estudio también muestra un doble de riesgo en aquellas mujeres que presentaron estrés a raíz de problemas antiguos como dificultad económica, problemas sociales y de pareja, los mecanismos fisiopatológicos que pueden explicar el parto pretermino en estrés crónico, es porque este podría desgastar la resiliencia de la gestante, afectando su nivel de autoestima, optimismo y confianza en poder cambiar las situaciones, esto lleva a un aumento de los niveles de la hormona liberadora de corticotropina en la sangre que actúa en el útero y cérvix facilitando el parto pretermino (107). De esta forma se puede explicar por qué las mujeres adolescente que presentan parto pretermino se asociaban a baja resiliencia.

En este estudio se indaga acerca de si la embarazada es consciente y percibe su embarazo como de alto riesgo o no, independientemente de cómo haya sido catalogado por el médico.

➤ *Características familiares:*

**Familismo, apoyo de la familia, apoyo del compañero:** Los valores culturales y las creencias juegan un papel muy importante en las familias latinas (108, 109), este sistema puede ser clave para la mediación de los factores de riesgos del embarazo y nacimiento (110). Se ha visto que los embarazos latinos tienen resultados al nacimiento relativamente favorables al compararlos con los de la población anglosajona y se asoció aspectos sociales, demográficos y al comportamiento, y se atribuye además a los lazos familiares de la cultura latina que promueve el apoyo cercano de la familia y mantenerse conectados a la familia extensa (110-112).

El familismo tiene su énfasis en la familia como principal fuente de apoyo social, identidad y respeto, y ve la necesidad de mantener relaciones jerárquicas respetuosas. Este término describe la fuerte identificación de los latinos con el apego a la familia nuclear y ampliada junto con un fuerte sentimiento de lealtad, reciprocidad y solidaridad entre los miembros de la familia, lo cual protege su bienestar mental, se ha descrito la importancia de este entre los latinos (109, 113, 114). Las personas latinas tienden a ser más orientadas a las familias y presenta una mayor red familiar local, que promueve mayores visitas, intercambio y reciprocidad entre sus miembros. Norma Rodríguez et al. encontraron una asociación entre la importancia de la familia y la identidad cultural de poblaciones latinas como en México, también que el bienestar psicológico positivo se asoció con la identidad cultural latina y apoyo familiar, por su parte la angustia psicológica se asoció a apoyo familiar inferior (113).

Algunas investigaciones sugieren que el familismo es un factor protector en las personas que se enfrentan a cualquier estrés crónico, como se puede ver en el estudio de Losada et al que encontraron una asociación entre un mayor nivel de familismo y una menor carga percibida entre los cuidadores hispanos de pacientes con demencia (115). Otro estudio muestra como los valores del

familismo promueven el ajuste educativo en madres adolescentes, mejorando su rendimiento, lo que las lleva a tener un ambiente sano y productivo (116). Se ha reportado que las latinas tienen una actitud positiva hacia el embarazo y la maternidad, y menos ansiedad que son coherentes con los valores del familismo, esta población tiende a mayor apoyo por parte del padre del bebe, y su familia (117, 118).

Campos et al. encontraron que el familismo se asoció positivamente con el apoyo social y que esta asociación era mayor entre mujeres latinas que en las americanas/europeas, en contraste encontraron que este se asociaba negativamente con la percepción del estrés y ansiedad durante el embarazo y con respecto a la percepción del estrés fue significativamente más fuerte entre las latinas que en las americanas/europeas; estos autores concluyen que el familismo puede ser un factor de resiliencia exógena que indirectamente juega un papel en el apoyo social y posiblemente en el estrés y el control de la ansiedad, debido a que ideales culturales que se basan en relaciones positivas hacen que se le sea más fácil a las personas buscar, recibir y beneficiarse del apoyo social, y esto ayuda a deshacerse de los efectos del estrés y la ansiedad (119).

***Tipo de familia, personas con quien convive:*** A lo largo de la historia la conformación tradicional de la familia ha presentado cambios, actualmente se observan familias biparentales que se refiere a la familia nuclear tradicional formada por madre y padre y sus hijos, también se pueden encontrar familias monoparentales que son familias constituidas por uno solo de los progenitores (sea éste hombre o mujer) y sus hijos, entonces se entiende como familia monoparental como aquella en la que los hijos dependen económicamente de un solo progenitor con el que convive y que tiene ya sea de hecho o de derecho la custodia sobre estos. Una familia monoparental puede derivarse de tres situaciones tradicionales: la maternidad biológica o adoptiva en solitario (madre soltera), la muerte de uno de los cónyuges (viudez), o bien a partir de la separación (de facto), o el divorcio (de jure) (120, 121).



También existe la familia nuclear extendida, formada por padres e hijos con subsistemas completos como conyugal, parental, filiar y fraternal; la familia ampliada que además tienen miembros de otros subsistemas como abuelos y tíos solteros; uniones de hecho, formada por parejas que viven en común unidos por vínculos afectivos y sexuales con posibilidad de crear hijos, pero sin mediar el matrimonio; parejas homosexuales, unión de dos personas del mismo sexo, en algunos países con posibilidad de adopción; las familias reconstituidas, polinucleares o mosaico, son aquellas en las que al menos uno de los conyugues proviene de alguna unión familiar anterior, en este tipo de familia suele haber un costo emocional especialmente para los hijos los cuales con frecuencia no participan en las decisiones de los adultos (122, 123).

En este estudio se indago por familia biparental, monoparental y las demás tipos de familias quedaron incluidas en la categoría no vive o vivió con sus padres.

**Funcionalidad familiar:** La familia es un sistema que se conforma de subsistemas como el conyugal (papa, mama), paterno-filial (padres e hijos), fraternal (hermanos). Todas las familias tienen características que pueden hacer parecer distintas o similares a otras (124).

Las familias son dinámicas, evolutivas y tienen funciones que cumple durante las etapas de este desarrollo, como el afecto, socialización, cuidado, reproducción, y estatus familiar. Estos aspectos determinan la funcionalidad familiar y es un parámetro importante en la salud familiar. La disfunción familiar es el no cumplimiento de alguna de estas funciones por alteración en alguno de los subsistemas familiares por cambio en los roles de sus integrantes (125).

**Violencia en el embarazo:** La violencia contra la mujer es un serio problema de salud pública a nivel mundial (126-128). La OMS define la violencia de pareja como "comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, sexual o psicológico, incluyendo actos de agresión física, coerción sexual, abuso

psicológico y comportamientos de control”, abarcando tanto la pareja actual como la pareja pasada (129). El término violencia doméstica es usado de forma indistinta en muchos países para referirse a la violencia de pareja, sin embargo el término puede abarcar también “el maltrato infligido a niños y ancianos o el maltrato infligido por cualquier integrante de la familia” (130), y se entiende por violencia en el embarazo, cualquier expresión de violencia sea psicológico, sexual o físico que se dé durante el periodo de gestación de una mujeres.

Las mujeres embarazadas que son violentadas tienen a tener menor resiliencia que las que no lo son (42).

➤ *Hábitos de consumo de sustancias toxicas:*

**Consumo de cigarrillo, de alcohol y de sustancias psicoactivas:** se ha observado que los adolescentes que consumen alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas tienden a presentar menor resiliencia que los que no lo hacen (38-40).

➤ *Estado sicoemocional:*

**Felicidad subjetiva:** la felicidad es un concepto multidimensional y es el objetivo de todas las personas (131). Esta es el balance subjetivo de efectos positivos y negativos resultante de una experiencia (36). Se ha definido como “un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien anhelado” (132).

Una persona feliz logra tener éxito en muchos aspecto de su vida, además, los que se consideran felices responden adaptándose mejor a las situaciones diarias y se recuperan fácilmente ante eventos negativos (133).

Se ha observado correlación positiva entre estar feliz y tener una mayor capacidad de resiliencia (36, 37).

**Autoestima:** Es entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo (34). Desde el enfoque de la psicopatología evolutiva la persona que presenta una alta autoestima suele presentar mayores niveles de resiliencia (33-35, 75), esto debido a que la autoestima se relaciona con un buen desarrollo de las competencias de una persona (75).

El embarazo en las adolescentes puede traer consecuencias físicas tanto para la madre como para el hijo, así, se ha señalado en embarazadas adolescentes mayor prevalencia de patologías durante el embarazo (16, 17), malformaciones fetales y también puede presentarse importantes consecuencia sicosociales (18) esto puede influir negativamente en la resiliencia, debido a que una mujer con baja autoestima no tiene la suficiente preparación para enfrentar los desafíos y factores estresantes del embarazo y mucho menos si es adolescente (20).

➤ *Apoyo social:*

**Apoyo de amigos:** El apoyo social tambien se ha relacionado con la capacidad de resiliencia (134). La interaccion social entre el joven adolescente y amistades es un factor externo importante, pues adiciona un soporte afectivo, y puede suplir en ocasiones, las fallas del grupo familiar disfuncional, la influencia de sus pares puede mejorar habilidades en en la resolucion de problemas, facilitando de esta forma el desrrollo de la resiliencia (35, 135).

Leiva, Pineda y Encina encontraron que el apoyo social de las amistades resultaron ser significativos para explicar los niveles de resiliencia (35). Durante el embarazo de una mujer sus relaciones pueden ofrecerle apoyo social proporcionandole una proteccion contra el estrés y la ansiedad propios de este cambio de la vida de una mujer (136). Investigaciones en el embarazo sugieren que los recursos psicosociales puden ser importantes en la promocion de resultados saludables del embarazo para todas las mujeres (136, 137).

Campos et al. también encontraron que el apoyo social se asociaba positivamente con el peso al nacer en latinas nacidas en el extranjero que viven en EEUU, al compararlas con latinas que nacen en ese país y americanas europeas, estos hallazgos sugieren que los valores culturales enfatizando las relaciones sociales positivas puede estar asociada con beneficios psicológicos que tienen implicaciones para la salud física y mental (119). Esto puede deberse a que el apoyo social reduce el estrés y la ansiedad (138).

Por su parte Roos et al. reportan que la falta de apoyo social es predictor de angustia y ansiedad durante el embarazo, y que también lo es la baja capacidad de resiliencia, viéndose aquí que la falta de apoyo social está acompañada de una baja resiliencia (139).

El apoyo social se debe disponer durante todo el embarazo para aumentar la capacidad de resiliencia en la población adolescente y diseñar programas que propicien esto, los cuales deben incluir la participación de la pareja y familiares, provocando la adaptación positiva hacia el embarazo, lo cual ayudara a la adolescente a superar la difícil tarea de ser madre. Las adolescentes embarazadas necesitan ayuda para manejar los sentimientos negativos y comunicar sus necesidades a adultos e instituciones (5).

**Entidades gubernamentales y no gubernamentales:** Muchos gobiernos han visto la necesidad de promover programas que insentiven el apoyo, desde el punto de vista de los servicios de salud, la educación y oportunidades en adolescentes embarazadas con el fin de estimular el cumplimiento de sus metas, permitir tener un mejor futuro económico y así mejorar calidad de vida del recién nacido y disminuir el ciclo intergeneracional que se genera a partir de un embarazo durante la adolescencia, esto le permitiría a la adolescente reducir su pobreza, la exclusión a la que se enfrenta y la dependencia en la que comienza a vivir. Este apoyo puede tener un gran impacto en el interés de las adolescentes para dar forma a su propio futuro y descubrir su potencial (140).

El no tener acceso a servicios de salud se ha determinado como factor de riesgo para baja resiliencia (24). Sin duda el apoyo que se da desde políticas y programas gubernamentales y no gubernamentales es vital para permitirle a las adolescentes salir adelante y pensar en un mejor futuro (141). Todas estas intervenciones pueden mitigar la angustia psicológica por la que están pasando las adolescentes embarazadas (10).

➤ *Características del compañero:*

**Edad:** Hay menor resiliencia en gestantes adolescentes que tienen parejas adolescentes, el hecho de que exista una menor resiliencia en adolescentes embarazadas cuyo compañero es adolescente puede explicarse partiendo de que en la sociedad se piensa que los varones cuando son adolescentes no pueden, ni quieren hacerse cargo de la paternidad y como están en un periodo de crecimiento hacia la madurez, no asumen adecuadamente la responsabilidad que esto acarrea; llevando a la joven a pensar en que tendrá una vida de pobreza y un matrimonio infeliz, debido a que la paternidad los puede llevar a interrumpir su educación, y con esto la limitación a superarse. Esta situación se puede reflejar además en el abuso de sustancias, violencia y abandono que son negativos para la familia y la salud. Esto lleva a consecuencias en la autoestima de ambos lo que genera frecuentemente la inestabilidad de estas parejas (142).

La unión entre personas jóvenes tiende a formar relaciones frágiles, debido a la tendencia de menor deseo de vivir en pareja, lo contrario sucede con las parejas adultas quienes tienden más a tener vivencias de vida en pareja (143).

**Escolaridad:** Se ha visto que no hay diferencias en la resiliencia en gestantes de acuerdo al nivel educativo de su pareja (42).

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Tipo y población de estudio**

Este trabajo de investigación se desarrolló bajo la metodología de un estudio observacional descriptivo transversal, con análisis de casos y controles.

Posterior a la búsqueda bibliográfica sobre bajo nivel de resiliencia en gestantes adolescentes en Colombia y los factores que influyen sobre este, se puede decir que es escasa la información encontrada específicamente en esta población, por tal motivo se ha querido inicialmente hacer un estudio preliminar, que describa el comportamiento del nivel de la resiliencia bajo en las gestantes adolescentes y los factores que se asociaran estadísticamente a su presencia, con el fin de crear un punto de partida para el planteamiento de hipótesis en esta población, por lo cual se considera utilizar este diseño metodológico. También porque a la población identificada para participar del estudio solo se le realizara una medición indagando por las variables de interés mediante un instrumento que consta de un cuestionario y escalas validadas, estas participantes no serán seguidas en el tiempo para ver asociación causal, solo se establecerá asociación estadística a partir de la cual si se puede plantear una hipótesis. Este diseño permitiría explorar múltiples exposiciones relacionadas con el nivel de resiliencia bajo. Con un estudio transversal se puede describir el comportamiento de la variable dependiente (nivel de resiliencia bajo) de acuerdo a cada una de las variables independientes, además se pueden establecer asociaciones, correlaciones, prevalencia, OR, entre otros. Debido a que se ha establecido que se realizara el cálculo de OR, ya que a partir de la identificación de las gestantes adolescente con baja resiliencia se establecerá que factores podrían estar asociados a esta, este diseño descriptivo transversal tiene un análisis de casos y controles.

La población diana de este estudio, estuvo constituida por gestantes adolescentes de Cartagena/Bolívar; la población accesible por las gestantes adolescentes que

acudieron al servicio de control prenatal de la ESE Cartagena de Indias y servicio de ecografías, urgencias, hospitalización y consulta externa de Clínica Maternidad Rafael Calvo, en el primer semestre del 2016.

La población elegible estuvo conformada por las gestantes adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión de: tener entre 10 y 19 años de edad, cualquier edad gestacional y aceptación por parte del tutor y adolescentes en la participación del estudio durante el primer semestre 2016, y los criterios de exclusión de: no desear participar, tener limitación síquica, física o de lectoescritura que les impidiera diligenciar el instrumento.

La muestra se estimó mediante el programa estadístico Epidat v 3.01, para estudios descriptivos de proporciones, para una población elegible de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo y del Programa Maternidad segura encargado del control prenatal en la ESE Hospital Cartagena de Indias de: 6428 adolescentes embarazadas; una prevalencia de baja resiliencia de: 34.2%, tomada del estudio de Ulloque y col, en gestantes adolescentes de la ciudad de Cartagena (144); un nivel de confianza del: 95%; un error de muestreo del 5% y un efecto de diseño: 1.5. La muestra calculada fue de 494, aproximándose a 500 adolescentes embarazadas.

Se empleó como técnica de muestreo, el muestreo consecutivo. Se seleccionaron como parte de la citada muestra a las embarazadas que al llegar a la Clínica Maternidad Rafael Calvo de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm en los servicios de consulta externa, ecografía, urgencia y hospitalización, y a la ESE Hospital Cartagena de Indias en los CAP de Canapote, Arroz Barato, Bosque, Ternera, Pozón, donde se lleva a cabo el programa de maternidad segura a cargo del control prenatal, de 7:00 am a 4:00 pm, cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, firmando el consentimiento informado y asentimiento informado, hasta completar el tamaño de la muestra.

## Variables, recolección de datos y aspectos éticos

Se establecieron las siguientes macrovariables y variables (Anexo 1 Operacionalización de las variables):

MACROVARIABLES	VARIABLES
Características sociodemográficas	Edad, etapa de la adolescencia, procedencia, etnia, estrato socioeconómico, estado civil, escolaridad, ocupación, asistencia a iglesia, religiosidad, espiritualidad.
Características ginecobstetricas	Semana de gestación, trimestre del embarazo, control prenatal, trimestre de inicio de control prenatal, realización de ecografías, numero de ecografías, percepción de embarazo de riesgo, patologías en el embarazo.
Características familiares	Familismo, tipo de familia, personas con quien convive, apoyo de la familia, apoyo del compañero, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo.
Hábitos de consumo de sustancias toxicas	Consumo de cigarrillo, de alcohol y de sustancias psicoactivas.
Estado sicoemocional	Felicidad subjetiva, autoestima. Resiliencia.
Apoyo social	Apoyo de amigos, de entidades gubernamentales y no gubernamentales.
Características del compañero	Edad, escolaridad.

Previo al proceso de ejecución del proyecto, se solicitó permiso a las autoridades de la Clínica Maternidad Rafael Calvo y ESE Hospital Cartagena de India. Se efectuó la presentación del proyecto y de las personas que ayudarían a la realizaran las encuestas.

Los datos se tomaron de fuente primaria, constituida por las gestantes embarazadas. Fueron recolectados por dos estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena pertenecientes al semillero del Grupo de investigación Salud de la Mujer y una auxiliar de enfermería.

Los instrumentos que se utilizaron para la realización de este estudio, son un cuestionario de factores de riesgo: sociodemográficos, ginecobstetricos, familiares, hábitos de consumo de sustancias toxicas, psicoemocional, apoyo social y del



compañero. Además se aplicaran 8 escalas, como son: Escala de religiosidad, Escala de percepción espiritual, Escala de familismo de Bardis, APGAR familiar, Abuse Assessment Screen, Escala de Felicidad Subjetiva de Lyubomirsky & Lepper, Escala de Autoestima de Rosenberg y Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (Anexo 5 Instrumento).

*Escala "Age Universal" I-E-12* (Maltby, 2002). Compuesta por 12 ítems, seis de los cuales evalúan la orientación religiosa intrínseca, tres, la extrínseca personal y tres, la orientación extrínseca Social. Se utilizara la validada en argentina por Simkin y Etchezahar. Con respuestas tipo likert con cinco opciones de respuesta, que van desde 1: Totalmente de acuerdo a 5: Totalmente en desacuerdo. A mayor puntuación menor religiosidad (145).

*Escala de perspectiva espiritual.* Creada por Pamela Reed, que ha sido utilizada en Colombia, la escala mide la visión espiritual de una persona y las interacciones relacionadas con la espiritualidad; se refiere a un sentido de conexión que se puede experimentar intrapersonalmente y transpersonalmente con un Ser de Naturaleza Superior o a la existencia de un Propósito Supremo. A través de la conexión la persona es capaz de moverse más allá «de las estructuras de la existencia diaria». El instrumento consta de una subescala denominada prácticas espirituales (criterios de 1 – 4), y otra subescala denominada creencias espirituales (criterios de 5 al 10). Consta de 10 enunciados que se califican en un rango de 1 a 6 para un puntaje total de 60, a mayor puntaje mayor espiritualidad, Las cuatro primeras preguntas se responden con los siguientes criterios: 1) Nunca 2) Menos de una vez al año 3) Mas o menos una vez al año 4) Mas o menos una vez al mes 5) Mas o menos una vez a la semana 6) Mas o menos una vez al día. Las preguntas del 5 al 10 siguen los siguientes criterios: 1. Extremadamente en desacuerdo 2. Desacuerdo 3. En desacuerdo más que en acuerdo 4. De acuerdo más que en desacuerdo 5. De acuerdo 6. Extremadamente de acuerdo (28, 146, 147).

*Escala de familismo de Bardis* (148, 149). La escala de familismo de Bardis fue creada en el año 1959, y adaptada para España por Amando de Miguel en 1967, se mide el familismo mediante el grado de acuerdo o desacuerdo ante ciertas afirmaciones que implican el compromiso, disposición a ayudar, a obedecer o estar cerca de la familia nuclear o extendida. Puede ser usada con dos subescalas, integración a la familia nuclear (10 primeros ítems) e integración de la familia extensa (6 últimos ítems), esta escala fue utilizada en un estudio en población chilena por Mathiesen y col. en la que utilizaron 8 y 4 ítems respectivamente, obteniendo un alpha de Cronbach de 0.76, esta última versión es la utilizada en este estudio que consta de 12 ítems. Cada ítem tiene una puntuación de 0 a 5, siendo 0 y 1 total desacuerdo, 2 y 3 desacuerdo intermedio, y 4 y 5 total de acuerdo, a mayor puntuación mayor familismo.

*APGAR familiar*. Creado por *Gabriel Smilkstein* (1978) y permite evaluar la funcionalidad familiar. Tiene cinco preguntas, evaluando cinco funciones básicas de la familia: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos. Una modificación realizada por Liliana Arias incluye a los amigos, y es la utilizada en este estudio. Es autoaplicado y cada respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca, 1: Casi nunca, 2: Algunas veces, 3: Casi siempre, 4: Siempre. Al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20. Se interpreta así: Función normal: 18-20 puntos, Disfunción leve: 14-17 puntos, Disfunción moderada: 10-13, Disfunción severa: menor o igual a 9 (150, 151).

*Abuse Assessment Screen (AAS)* (*Judith McFarlane, Barbara Parker, Karen Soeken y Linda Bullock, 1992*). Identifica mujeres víctimas de violencia física y sexual y cuantifica la severidad y frecuencia del maltrato durante el embarazo. Tiene cinco preguntas, que deben ser respondidas con sí o no. Si la respuesta es afirmativa, se indaga por la persona agresora; el número de veces de la agresión y si siente miedo de su pareja. Si se obtiene una respuesta positiva en los ítems 2, 3, 4, indica que la mujer podría ser víctima de violencia (152, 153).

*Escala de Felicidad Subjetiva (Lyubomirsky & Lepper, 1999).* Permite medir globalmente la felicidad subjetiva. Fue validada en Chile en adolescentes. Con 4 ítems, respuesta tipo likert, la puntuación global se calcula sumando los puntajes de cada ítems y se divide entre el número total de ítems. A mayor puntuación, mayor felicidad subjetiva. En Colombia se ha utilizado esta escala (133, 154-157).

*Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).* Es autoaplicada, tipo likert, con diez afirmaciones, cinco son redactados de forma positiva [ítem 1, 3, 4, 7, 10] y cinco de forma negativa [ítem 2, 5, 6, 8, 9]. Las opciones de respuestas van de 1 a 4 (1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = muy de acuerdo). Se asigna puntaje inverso a las afirmaciones negativas. La puntuación total va de 10 (baja autoestima) a 40 (alta autoestima), a mayor puntuación, mayor autoestima. No tiene punto de corte, sin embargo se suele considerar como rango normal, la puntuación situada entre 25 y 35 puntos (158-160).

*Escala de Resiliencia de Wagnild y Young.* Trata de medir de forma objetiva el nivel de resiliencia. Esta escala fue creada por Wagnild y Young en el año 1993 en EEUU, con el fin de identificar cualidades personales que favorecen la adaptación individual resiliente y conocer las características de la personalidad positiva. Puede ser aplicada de forma individual o colectiva, es autoadministrable y sin un tiempo límite para responder completamente. Consta de 25 ítems escritos de forma positiva, con respuesta tipo likert que van de 1 (no estar de acuerdo en lo absoluto) a 7 (estar de acuerdo totalmente). Con la suma de todos los ítems se obtiene el valor total que oscila entre 25 y 175 puntos. Los valores altos corresponden a una elevada resiliencia. Un puntaje mayor a 147, indica mayor capacidad de resiliencia (nivel de resiliencia alta). Entre 121-146, señala moderada resiliencia (nivel de resiliencia moderada). Menor a 121, escasa resiliencia (nivel de resiliencia baja). Ha sido validada y traducida a varios idiomas, teniendo buena confiabilidad, alfa de Cronbach, versión española: 0.93, portuguesa: 0.85, argentina: 0.72. Para la realización del trabajo se utilizó la versión argentina, la cual establece 3 factor en la escala que determinan la

resiliencia: capacidad de autoeficacia (ítems 1-15), capacidad de propósito y sentido de vida (ítems 16-20), y evitación cognitiva (ítems 21-25) (26, 161-163).

Se emplearon como técnicas de recolección: la entrevista para la aplicación del cuestionario de factores de riesgo, efectuada por los encuestadores y el auto diligenciamiento para cada una de las escalas, las cuales fueron respondidas a solas por parte de cada participante.

Para disminuir los sesgos de información al momento de recolección de los datos las escalas fueron autodilenciadas, ninguno de los encuestadores conocían el objetivo del estudio, se estandarizo la aplicación del instrumento entre los encuestadores, de esta forma previamente se familiarizaron y entrenaron con el instrumento, así, dos semanas antes del inicio de la aplicación se realizaron dos sesiones para explicarles cada uno de los términos encontrados en los instrumentos (tanto el cuestionario, como las escalas) y se enseñó el cálculo con la aplicación de dispositivo celular Qx Calculate de la edad gestacional a partir de la fecha de la última menstruación (FUM) y de la primera ecografía que tuvieran, para aquellas participantes que no recordaran la FUM, se les enseñó como se aplicaba cada una de las escalas sin saber cuál era la interpretación de estas, y se explicó cómo iban hacer el diligenciamiento del consentimiento y asentimiento informado. El primer día de inicio de la aplicación del instrumento el equipo investigador mostro como se hacía acercamiento a cada participante y la aplicación del instrumento, posteriormente durante esa primera semana se hizo acompañamiento para verificar la adecuada aplicación del instrumento, al finalizar la primera semana y tras ver que se estaban aplicando adecuadamente no se siguió el acompañamiento y los encuestadores continuaron la aplicación.

No se hizo prueba piloto del instrumento, dado que las escalas empleadas, ya han sido validadas y aplicadas en jóvenes latinoamericanos y algunas en población colombiana.

El estudio obtuvo el aval del comité de ética de la Universidad del Norte, mediante el acta de evaluación N° 143 del día 26 de Mayo del 2016 (Anexo 4 Carta del comité de ética). Las adolescentes participaron de forma voluntaria, firmaron el asentimiento informado y el tutor diligencio y firmo el consentimiento informado de acuerdo a la declaración de Helsinki, previa explicación de los alcances de la investigación (Anexos 2 consentimiento informado y Anexo 3 asentimiento informado). El tutor siempre fue igual o mayor a 18 años, mayoría de edad según disposiciones legales colombianas (164). Estudio de carácter anónimo y autoaplicable, con ninguno impacto sobre la integridad física y general de la participante. Se tuvieron en cuenta las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, establecidas en la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la Republica de Colombia que permite considerar al presente estudio como una investigación con riesgo mínimo para la población estudiada, debido a que se identificaran aspectos sensitivos de la conducta (165). Las participantes podían suspender el diligenciamiento del formulario, dejándolo incompleto si lo consideraban pertinente, sin tener que brindar explicaciones. Las que presentaban baja resiliencia serian derivadas al servicio de salud mental de la institución.

### **Tabulación de los datos, presentación y análisis de la información**

Los instrumentos diligenciados fueron revisados, y los que estuvieron diligenciados de forma incompleta o incorrecta se eliminaron. Los formularios tramitados de manera completa, se digitalizaron y tabularon se creó una base de datos en Microsoft Excel 2007©, se codificaron las variables cualitativas para un manejo más ágil. La base de datos, se exporto para la presentación y el análisis a los paquetes estadísticos: IBM SPSS Statistics 22 y Epi-Info 7. Se utilizó un computador portátil marca SONY VAIO.

Se presentan las características de la población en tablas de frecuencia. El nivel de resiliencia de las gestantes adolescentes se muestra mediante grafico circular y

se utilizan tablas de contingencia para mostrar el nivel de resiliencia de las gestantes adolescentes según las características sociodemográficas, ginecobstetricas, familiares, hábitos de sustancias toxicas, estado sicoemocional, apoyo social de la gestante adolescente y las características de su compañero y la asociación entre estas características y el nivel de resiliencia, además se muestran tablas de interacción, tablas de 2x2 para mostrar OR por estratos, una tabla de regresión logística simple y otra múltiple para mostrar OR crudo y ajustado respectivamente.

Los datos de naturaleza categórica se expresan en frecuencias absolutas, porcentajes con sus intervalos de confianza del 95%.

Para variables cuantitativas inicialmente se probó la normalidad de los datos de cada variable mediante los gráficos Q-Q y la prueba de normalidad de Kolmogorov-smirnov y se identificó la presencia de datos atípicos y la simetría de estos mediante los gráficos de cajas y bigotes. Y posteriormente fueron categorizados. Los datos continuos se muestran en mediana (Me) de acuerdo a la presencia de datos atípicos y su distribución asimétrica, con su respectivo intervalo de confianza 95%. La medida de dispersión fue rango intercuartil (RI).

Las diferencia de las medianas fueron calculadas con la prueba de Mann whitney y de porcentajes con la prueba Chi cuadrado.

Se estableció asociación entre la variable dependiente y las independientes mediante análisis multivariable a través de una regresión logística.

Un valor de  $P < 0,05$  fue considerado estadísticamente significativo.

## RESULTADOS

### **Características sociodemográficas:**

Se entrevistaron 503 gestantes adolescentes, incluyéndose para la presentación y análisis a 499, dado que 4 no diligenciaron completo el formulario. El 50% de las participantes tenía una edad menor o igual a 17 años. De cada 100 gestantes aproximadamente 96 se encontraban en la adolescencia tardía. (Tabla 1)

Con relación a la procedencia de las gestantes adolescentes, 7 de cada 10 eran de procedencia urbana. La mayoría de las participantes eran mestizas; sólo 3 de cada 10 participantes fueron negras. La totalidad de las participantes pertenecían a estratos bajos, de cada 100 gestantes adolescentes, 97 eran de estrato bajo-bajo y aproximadamente 3 de estrato bajo. (Tabla 1)

427 de gestantes adolescentes (85,6%) tenían compañero sentimental, solamente 14 de cada 100 indicó no tener compañero. Con respecto a la escolaridad aproximadamente de cada 100 gestantes adolescentes solo 8 tenían educación superior, 45 educación media, 43 básica secundaria y 4 básica primaria. (Tabla 1)

En cuanto a la ocupación, es de resaltar que, de cada 100 adolescentes gestantes, 69 indicaron no hacer nada en el momento de la encuesta. Sólo 4 de 10 participantes refirieron asistir a alguna iglesia regularmente. El 50% de las gestantes adolescentes presentan una puntuación en la escala de religiosidad igual o mayor a 30 puntos y en la escala de espiritualidad igual o menor a 47 puntos, para ambas escalas se obtuvo una puntuación máxima de 60 puntos. (Tabla 1)

<b>TABLA 1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS GESTANTES          ADOLESCENTES DEL ESTUDIO, 2016</b> <b>n=499</b>			
<b>Edad en años</b>	<b>Me</b>		<b>RI</b>
	17,0		2
<b>Etapas de la adolescencia,</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>IC95%</b>
Temprana	21	4,2	2,7-6,5
Tardía	478	95,8	93,5-97,3
<b>Procedencia</b>			
Urbana	362	72,5	68,4-76,4
Rural	137	27,5	23,6-31,6
<b>Etnia</b>			
Mestizo	483	96,8	94,7-98,1
Negro	16	3,2	1,9-5,3
Indígena	0	0,0	0,0-0,0
<b>Estrato socioeconómico</b>			
Bajo-bajo	486	97,4	95,5-98,6
Bajo	13	2,6	1,5-4,5
<b>Estado civil</b>			
Con compañero	427	85,6	82,1-88,5
Sin compañero	72	14,4	11,5-17,9
<b>Escolaridad</b>			
Educación superior	43	8,6	6,4-11,5
Educación media	223	44,7	40,3-49,2
Básica secundaria	214	42,9	38,5-47,4
Básica primaria	19	3,8	2,4-6,0
Preescolar	0	0,0	0,0-0,0
<b>Ocupación</b>			
Estudia	137	27,5	23,6-31,6
Trabaja	7	1,4	0,6-3,0
Estudia y trabaja	10	2,0	1,0-3,8
No hace nada	345	69,1	64,9-73,1
<b>Asiste a iglesia</b>			
Si	189	37,9	33,6-42,3
No	310	62,1	57,7-66,4
<b>Puntuación total de escala de religiosidad Age Universal" I-E-12</b>	<b>Me</b>		<b>RI</b>
	30		6
<b>Puntuación total de escala de perspectiva espiritual</b>	47		11

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de religiosidad Age Universal I-E 12 y escala de perspectiva espiritual.

### **Características ginecobstetricas:**

La mediana de la edad gestacional fue de 29 semanas (RI 18,4). 283 (56,7%) de las adolescentes gestantes estaban en tercer trimestre. De cada 100 participantes



93 tenían control prenatal, y 60 lo iniciaron en el primer trimestre, 29 en el segundo trimestre, 5 en el tercer trimestre y sólo 6 no tenían control prenatal en el momento de ser encuestada. Aproximadamente 9 de cada 10 adolescentes gestantes se habían realizado ecografías, y la mediana de ecografías fue de 2 (RI 2). De cada 10 gestantes 6 se habían realizado menos de 3 ecografías. La mayoría, 374 de las gestantes adolescentes (74,9%) no percibían su embarazo como de riesgo, de 100 participantes sólo 25 percibían tener un embarazo de riesgo, y de cada 10 alrededor de 3 presentaron patología durante el embarazo. (Tabla 2)

<b>TABLA 2 CARACTERISTICAS GINECOBISTERICAS DE LAS GESTANTES  ADOLESCENTES DEL ESTUDIO, 2016</b> <b>n=499</b>			
<b>Semana de gestación</b>	<b>Me</b>		<b>RI</b>
	29		18,4
<b>Trimestre del embarazo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>IC95%</b>
Primero	88	17,6	14,5-21,3
Segundo	128	25,7	21,9-29,8
Tercero	283	56,7	52,2-61,1
<b>Control prenatal</b>			
Si	464	93,0	90,3-95,0
No	35	7	5,0-9,7
<b>Trimestre de inicio de control prenatal</b>			
Primero	301	60,3	55,9-64,6
Segundo	143	28,7	24,8-32,9
Tercero	25	5,0	3,3-7,4
No	30	6,0	4,2-8,6
<b>Realización de ecografías</b>			
Si	448	89,8	86,7-92,2
No	51	10,2	7,8-13,3
<b>Numero de ecografías</b>	<b>Me</b>		<b>RI</b>
	2		2
<b>Intervalo número de ecografías</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>IC95%</b>
Menos de 3	313	62,7	58,3-66,6
3 o mas	186	37,3	33,1-41,7
<b>Percepción de embarazo de riesgo</b>			
Si	125	25,1	21,6-29,1
No	374	74,9	70,9-78,7
<b>Patologías en el embarazo</b>			
Si	133	26,7	22,9-30,8
No	366	73,3	69,2-77,1

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

### Características familiares:

De acuerdo con la escala de familismo de Bardis, que mide el compromiso, la disposición a ayudar, a obedecer o a estar cerca de los integrantes del sistema familiar, tanto de la familia nuclear como de la parentela, se obtuvo una puntuación máxima de 60 puntos; el 50 % de las gestantes adolescentes obtuvieron una puntuación igual o mayor a 43 puntos. (Tabla 3)

De acuerdo al tipo de familia, aproximadamente 51 de cada 100 de las participantes venían de una familia biparental, 40 de cada 100 de una familia mono parental y 9 de cada 100 nunca vivieron con sus padres. En el momento de la encuesta 249 (49,9%) vivían con su compañero. La mayoría tenían apoyo de la familia y del compañero, 482 (96,6%) y 461 (92,4%) respectivamente. Aproximadamente de cada 100 adolescentes embarazadas 52 tenían buena función familiar, y 48 presentaban disfunción familiar. Sólo 5 de cada 100 de las encuestadas podrían estar siendo víctima de violencia física o sexual durante el embarazo. (Tabla 3)

<b>TABLA 3 CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES DEL ESTUDIO, 2016</b>			
<b>n=499</b>			
<b>Puntuación total de escala de familismo de Bardis</b>	<b>Me</b>		<b>RI</b>
	43		9
<b>Tipo de familia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>IC95%</b>
Biparental	253	50,7	46,2-55,2
Monoparental	201	40,3	36,0-44,7
No vivió o vive con padres	45	9,0	6,7-12,0
<b>Personas con las que convive</b>			
Compañero	249	49,9	45,4-54,4
Padres	30	6,0	4,2-8,6
Mama	53	10,6	8,1-13,7
Papa	3	6,0	0,2-1,9
Compañero y padres	96	19,2	15,9-23,0
Compañero y otros familiares	25	5,0	3,3-7,4
Familiares del compañero	26	5,2	3,5-7,6
Otros familiares	16	3,2	1,9-5,3
Otras persona	1	0,2	0,0-1,3
<b>Apoyo familiar</b>			
Si	482	96,6	94,5-97,9

No	17	3,4	2,1-5,5
<b>Apoyo del compañero</b>			
Si	461	92,4	89,6-94,5
No	38	7,6	5,5-10,4
<b>Funcionalidad familiar</b>			
Función normal	261	52,3	47,8-56,8
Disfunción familiar	238	47,7	43,3-52,2
<b>Violencia en el embarazo</b>			
Si	26	5,2	3,5-7,6
No	473	94,8	92,4-96,5

Fuente: Escala de familismo de Bardis, cuestionario de factores de riesgo, APGAR familiar, Escala AAS.

### **Hábitos de consumo de sustancias toxicas:**

La mayoría de las gestantes adolescentes manifestaron no consumir cigarrillo, alcohol y sustancias psicoactivas, solo 2 (0,4%) refirieron consumir cigarrillo, 7 (1,4%) alcohol y 1 (0,2%) sustancias psicoactivas aun durante el embarazo de las 499 mujeres incluidas en el estudio. (Tabla 4)

<b>TABLA 4 HÁBITOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS TOXICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES DEL ESTUDIO, 2016</b>			
<b>n=499</b>			
<b>Consumo de cigarrillo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>IC95%</b>
Si	2	0,4	0,1-1,6
No	497	99,6	98,4-99,9
<b>Consumo de alcohol</b>			
Si	7	1,4	0,6-3,0
No	492	98,6	97,0-99,4
<b>Consumo de sustancias psicoactivas</b>			
Si	1	0,2	0,0-1,3
No	498	99,8	98,7-100,0

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

### **Estado psicoemocional:**

De cada 100 mujeres, 50 presentaron puntuación total en la escala de felicidad subjetiva igual o menor a 28 puntos, la puntuación máxima de la escala de felicidad subjetiva fue de 28 puntos. Se observó de acuerdo con la escala de autoestima de Rosenberg, que evalúa el nivel de autoestima en una persona, que

aproximadamente de cada 100 gestantes adolescentes, 3 presentaban autoestima baja (2,8%) y 97 autoestima alta (97,2%). (Tabla 5)

<b>TABLA 5 ESTADO PSICOEMOCIONAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES DEL ESTUDIO, 2016 n=499</b>			
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva	Me		RI
	28		5
Nivel de autoestima	N°	%	IC95%
Alta	485	97,2	95,2-98,4
Baja	14	2,8	1,6-4,8

Fuente: Escala de felicidad subjetiva y escala de autoestima de Rosenberg.

### **Apoyo social:**

Aproximadamente 75 de cada 100 participantes tenían apoyo de sus amigos y solo 22 de cada 100 tenían apoyo de entidades gubernamentales y no gubernamentales. (Tabla 6)

<b>TABLA 6 APOYO SOCIAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES DEL ESTUDIO, 2016 n=499</b>			
Apoyo de amigos	N°	%	IC95%
Si	375	75,2	71,1-78,8
No	124	24,8	21,2-28,9
Apoyo de entidades gubernamentales y no gubernamentales			
Si	111	22,2	18,7-26,2
No	388	77,8	73,8-81,3

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

### **Características del compañero:**

Respecto a los compañeros de las gestantes adolescentes el 50 % de ellos tenían edades menores o iguales a 21 años, 336 (67,3%) de las parejas de las participantes eran adultos mayores de 19 años. De cada 100 compañeros de las gestantes, 61 habían completado educación media y sólo 8 de cada 100 educación superior. (Tabla 7).

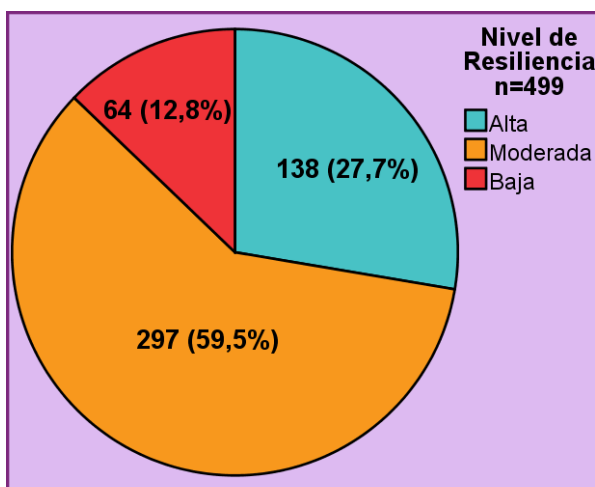
TABLA 7 CARACTERÍSTICAS DEL COMPAÑERO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES DEL ESTUDIO, 2016 n=499			
Edad	Me		RI
	21		4,0
Grupo etario	Nº	%	IC95%
Adolescente	163	32,7	28,6-37,0
Adulto	336	67,3	63,0-71,4
Escolaridad			
Educación superior	41	8,2	6,0-11,1
Educación media	307	61,5	57,1-65,8
Básica secundaria	137	27,5	23,6-31,6
Básica primaria	13	2,6	1,5-4,5
Preescolar	0	0,0	0,0-0,0
No sabe	1	0,2	0,0-1,3

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

### Nivel de resiliencia:

Según la escala de resiliencia de Wagnild y Young que evalúa nivel de resiliencia, 138 (27,7%) [IC%23,8-31,8] presentan resiliencia alta. La mayoría, 297 (59,5%) [IC95% 55,1-63,8] de las gestantes adolescente tienen un nivel de resiliencia moderado y 64 (12,8%) [IC95% 10,1-16,2] resiliencia baja (Grafica 1). La mediana de la puntuación de la escala de resiliencia fue de 140, con un rango intercuartil de 18.

**GRAFICA 1 NIVEL DE RESILIENCIA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES DEL ESTUDIO, 2016. n=499**



Fuente: Escala de resiliencia de Wagnild y Young

## Nivel de resiliencia y características sociodemográficas

Se observa que el porcentaje de nivel de resiliencia baja en negros (31,2%) es mayor que en mestizos (12,2%) y el de nivel de resiliencia alta/moderada es mayor en mestizos (87,8%) que en negros (68,8%), esto fue estadísticamente significativo ( $p=0,025$ ). Las gestantes adolescentes con baja resiliencia tuvieron una mediana de la puntuación total de la escala de perspectiva espiritual menor a la de las gestantes con resiliencia alta/moderada ( $<0,001$ ), estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Las demás características sociodemográficas no tuvieron asociación con presentar o no nivel de resiliencia bajo. (Tabla 8)

TABLA 8 NIVEL DE RESILIENCIA SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES DEL ESTUDIO, 2016 n=499								
	Nivel de Resiliencia						Valor p	
	Alta/Moderada n=435			Baja n=64				
Edad en años	Me		RI	Me		RI	0,927*	
	17		2	17		3		
Etapa de la adolescencia	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,838**	
	Temprana	18	85,7	63,7-97,0	3	14,3		3,1-36,3
Tardía	417	87,2	83,8-90,0	61	12,8	10,0-17,2		
Procedencia	Urbana	319	88,1	84,2-91,2	43	11,9	8,8-15,8	0,304**
	Rural	116	84,7	77,5-90,3	21	15,3	9,8-22,5	
Etnia	Mestizo	424	87,8	84,5-90,5	59	12,2	9,5-15,6	0,025*** <sup>¶</sup>
	Negro	11	68,8	41,3-89,0	5	31,2	11,0-58,7	
Estrato socioeconómico	Bajo-bajo	424	87,2	83,9-90,0	62	12,8	10,0-16,1	0,780**
	Bajo	11	84,6	54,6-98,1	2	15,4	1,9-45,5	
Estado civil,	Con compañero	373	87,4	83,7-90,3	54	12,6	9,7-16,3	0,771**
	Sin compañero	62	86,1	75,9-93,1	10	13,9	6,9-24,1	
Escolaridad	Educación superior	38	88,4	74,9-96,1	5	11,6	3,9-25,1	0,939**
	Educación media	196	87,9	82,9-91,9	27	12,1	8,1-17,1	
	Básica secundaria	185	86,5	81,1-90,7	29	13,5	9,3-18,9	
	Básica primaria	16	84,2	60,4-96,6	3	15,8	3,4-39,6	

<b>Ocupación,</b>							
Estudia	119	86,9	80,0-92,0	18	13,1	8,0-20,0	0,770**
Trabaja	7	100	100-100	0	0,0	0,0-0,0	
Estudia y trabaja	9	90,0	55,5-99,8	1	10	0,3-44,5	
No hace nada	300	87,0	82,8-90,2	45	13,0	9,8-17,2	
<b>Asiste a iglesia</b>							
Si	162	85,7	79,9-90,4	27	14,3	9,6-20,1	0,446**
No	273	88,1	83,8-91,4	37	11,9	8,7-12,2	
<b>Puntuación total de escala de religiosidad Age Universal" I-E-12</b>	<b>Me</b>		<b>RI</b>	<b>Me</b>		<b>RI</b>	0,729*
	30		6	30		11,8	
<b>Puntuación total de escala de perspectiva espiritual</b>	48		10	43		11,5	<0,001* <sup>¶</sup>

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de religiosidad Age Universal I-E 12, escala de perspectiva espiritual y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

\*Valor de p obtenido por Mann whitney

\*\* Valor de p obtenido por Chi cuadrado

<sup>¶</sup>Significativo

### Nivel de resiliencia y características ginecobstetricias

En cuanto al nivel de resiliencia según el trimestre de embarazo, se observó que era mayor el porcentaje de nivel de resiliencia bajo en las gestantes de tercer trimestre (15,5%) que en las de primero (13,6%) y segundo trimestre (6,2%), y el nivel de resiliencia alto/moderado fue mayor su porcentaje en el segundo trimestre de embarazo (93,8%), esta diferencia fue estadísticamente significativas ( $p=0,032$ ). (Tabla 9)

También se observó asociación entre presentar patología durante el embarazo y el nivel de resiliencia, debido a que hubo mayor porcentaje de bajo nivel de resiliencia en las gestantes que tuvieron patología (18,0%) y un mayor porcentaje de resiliencia alta/moderada en las que no tenían patología durante el embarazo (87,4%) ( $p=0,036$ ). Siendo estadísticamente significativas estas diferencias. Las demás variables ginecobstetricas no tuvieron asociación con el nivel de resiliencia. (Tabla 9)

TABLA 9 NIVEL DE RESILIENCIA SEGÚN CARACTERÍSTICAS GINECOBISTÉTRICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES DEL ESTUDIO, 2016							
n=499							
	Nivel de Resiliencia						Valor p
	Alta/Moderada			Baja			
Semana de gestación	Me		RI	Me		RI	0,190*
	28		18,3	32		14,6	
Trimestre del embarazo	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,032***
Primero	76	86,4	77,4-92,8	12	13,6	7,3-22,6	
Segundo	120	93,8	88,1-97,3	8	6,2	2,7-11,9	
Tercero	239	84,5	79,7-88,5	44	15,5	11,5-20,3	
Control prenatal							0,435**
Si	403	86,9	83,4-89,7	61	13,1	10,3-16,6	
No	32	91,4	76,9-98,2	3	8,6	1,8-23,1	
Trimestre de inicio de control prenatal							0,104**
Primero	267	88,7	84,4-91,5	34	11,3	8,1-15,6	
Segundo	123	86,0	79,2-91,2	20	14,0	8,8-20,8	
Tercero	18	72,0	50,6-87,9	7	28,0	12,1-49,4	
No	27	90,0	73,5-97,9	3	10,0	2,1-26,5	
Realización de ecografías							0,261**
Si	388	86,6	83,0-89,6	60	13,4	10,5-17,0	
No	47	92,2	81,1-97,8	4	7,8	2,2-18,9	
Número de ecografías	Me		RI	Me		RI	0,301*
	2		2	2		2	
Intervalo número de ecografías	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,553**
Menos de 3	275	87,9	83,6-91,2	38	12,1	8,8-16,4	
3 o mas	160	86,0	80,2-90,7	26	14,0	9,3-19,8	
Percepción de embarazo de riesgo							0,765**
Si	108	86,4	79,1-91,9	17	13,6	8,1-20,9	
No	327	87,4	83,5-90,5	47	12,6	9,5-16,5	
Patologías en el embarazo							0,036***
Si	109	82,0	74,4-88,1	24	18,0	11,9-25,7	
No	326	89,1	85,3-92,0	40	10,9	8,0-14,7	

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

\*Valor de p obtenido por Mann whitney

\*\* Valor de p obtenido por Chi cuadrado

†Significativo



## Nivel de resiliencia y características familiares

Las gestantes adolescentes que presentaban nivel de resiliencia baja tuvieron una mediana de la puntuación de la escala de familismo de Bardis menor a la de las que tenían nivel de resiliencia alta/moderada, y fue una diferencia significativa ( $<0,001$ ). Se observó que el porcentaje de nivel bajo de resiliencia fue mayor en las mujeres que dijeron no recibir apoyo familiar (29,4%) y la de nivel de resiliencia alta/moderada fue mayor en las que recibían apoyo familiar (87,8%) ( $p=0,037$ ). En relación con la funcionalidad familiar el porcentaje de nivel bajo de resiliencia fue mayor en las gestantes adolescentes procedentes de familias disfuncionales (20,2%) y el porcentaje de nivel de resiliencia alta/moderada mayor en las que pertenecían a familias con funcionalidad familiar normal (93,9%) ( $p<0,001$ ). (Tabla 10)

En la relación del nivel de resiliencia y ser víctima de violencia, se observó que el porcentaje de baja resiliencia fue mayor en las violentadas (26,9%) y de resiliencia alta/moderada fue mayor en las que no eran víctimas de violencia (88,0%) ( $p=0,027$ ). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas. (Tabla 10)

Las demás características familiares no se asociaron con el nivel de resiliencia.

TABLA 10 NIVEL DE RESILIENCIA SEGÚN CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES DEL ESTUDIO, 2016							
n=499							
	Nivel de Resiliencia						Valor p*
	Alta/Moderada			Baja			
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	Me		RI	Me		RI	<0,001* <sup>¶</sup>
	44		9	36,5		15	
Tipo de familia	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,472**
Biparental	225	88,9	84,4-92,5	28	11,1	7,5-15,6	
Monoparental	171	85,1	79,4-89,7	30	14,9	10,3-20,6	
No vivió o vive con padres	39	86,7	73,2-95,0	6	13,3	5,1-26,8	
Personas con las que convive							
Compañero	227	91,2	86,9-94,4	22	8,8	5,6-13,1	
Padres	26	86,7	69,3-96,2	4	13,3	3,8-30,7	

Mama	43	81,1	68,0-90,6	10	18,9	9,4-32,0	0,256**
Papa	2	66,7	9,4-99,2	1	33,3	0,8-90,6	
Compañero y padres	82	85,4	76,7-91,8	14	14,6	8,2-23,3	
Compañero y otros familiares	21	84,0	63,9-95,5	4	16,0	4,5-36,1	
Familiares del compañero	21	80,8	60,7-93,5	5	19,2	6,6-39,4	
Otros familiares	12	75,0	47,6-92,7	4	25,0	7,3-52,4	
Otras persona	1	100	100-100	0	0	0,0-0,0	
<b>Apoyo familiar</b>							
Si	423	87,8	84,4-90,5	59	12,2	9,5-15,6	0,037** <sup>¶</sup>
No	12	70,6	44,0-89,7	5	29,4	10,3-56,0	
<b>Apoyo del compañero</b>							
Si	404	87,6	84,2-90,4	57	12,4	9,6-15,8	0,283**
No	31	81,6	65,7-92,3	7	18,4	7,7-34,3	
<b>Funcionalidad familiar</b>							
Función normal	245	93,9	90,3-96,5	16	6,1	3,5-9,8	<0,001** <sup>¶</sup>
Disfunción familiar	190	79,8	74,2-84,7	48	20,2	15,3-25,8	
<b>Violencia en el embarazo</b>							
Si	19	73,1	52,2-88,4	7	26,9	11,6-47,8	0,027** <sup>¶</sup>
No	416	88,0	84,6-90,7	57	12,0	9,3-15,4	

Fuente: Escala de familismo de Bardis, cuestionario de factores de riesgo, APGAR familiar, Escala AAS y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

\*Valor de p obtenido por Mann whitney

\*\* Valor de p obtenido por Chi cuadrado

<sup>¶</sup>Significativo

### Nivel de resiliencia y consumo de sustancias psicoactivas

No se observó asociación entre el consumo de cigarrillo, alcohol y de sustancias psicoactivas con el nivel de resiliencia de las gestantes adolescentes estudiadas. (Tabla 11)

TABLA 11 NIVEL DE RESILIENCIA SEGÚN HÁBITOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS TOXICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES DEL ESTUDIO, 2016							
n=499							
	Nivel de Resiliencia						Valor p
	Alta/Moderada			Baja			
Consumo de cigarrillo	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,587**
Si	2	100	100-100	0	0,0	0,0-0,0	
No	433	87,1	83,8-89,9	64	12,9	10,1-16,2	
Consumo de alcohol	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,907**
Si	6	85,7	42,1-99,7	1	14,3	0,4-57,9	
No	429	87.2	83.8-90.0	63	12.8	10.1-16.2	

<b>Consumo de sustancias psicoactivas</b>							
Si	1	100	100-100	0	0,0	0,0-0,0	0,701**
No	434	87,2	83,8-89,9	64	12,9	10,1-16,2	

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

\*\* Valor de p obtenido por Chi cuadrado

### Nivel de resiliencia y estado sicoemocional

Las participantes con nivel de resiliencia baja presentaron una mediana de la puntuación total de la escala de felicidad subjetiva menor a la mediana obtenida en esta escala por las que tuvieron nivel de resiliencia alta/moderada ( $p=0,002$ ). Con respecto al autoestima el porcentaje de nivel de resiliencia baja fue mayor en las mujeres con autoestima baja (35,7%) y el porcentaje de nivel de resiliencia alta/moderada fue mayor en las que tenían nivel de autoestima alta (87,8%) ( $p=0,009$ ). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas. (Tabla 12)

TABLA 12 NIVEL DE RESILIENCIA SEGÚN ESTADO SICOEMOCIONAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES DEL ESTUDIO, 2016							
n=499							
	Nivel de Resiliencia						Valor p*
	Alta/Moderada			Baja			
	Me		RI	Me		RI	
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva	28		4	24		6	0,002**II
Nivel de autoestima	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,009***II
Alta	426	87,8	84,5-90,5	59	12,2	9,5-15,5	
Baja	9	64,3	35,1-87,2	5	35,7	12,8-64,9	

Fuente: Escala de felicidad subjetiva, escala de autoestima de Rosenberg y Escala de resiliencia de Wagnild y Young.

\*Valor de p obtenido por Mann whitney

\*\* Valor de p obtenido por Chi cuadrado

<sup>||</sup>Significativo

### Nivel de resiliencia y apoyo social

El nivel de resiliencia de las gestantes adolescentes estudiadas, no estuvo asociado a tener o no apoyo de amigos y/o de entidades gubernamentales y no gubernamentales. (Tabla 13)

TABLA 13 NIVEL DE RESILIENCIA SEGÚN APOYO SOCIAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES DEL ESTUDIO, 2016							
n=499							
	Nivel de Resiliencia						Valor p
	Alta/Moderada			Baja			
Apoyo de amigos	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,114**
Si	332	88,5	84,8-91,5	43	11,5	8,5-15,2	
No	103	83,1	75,3-89,2	21	16,9	10,8-24,7	
Apoyo de entidades gubernamentales y no gubernamentales							0,806**
Si	96	86,5	78,7-92,2	15	13,5	7,8-21,3	
No	339	87,4	83,6-90,4	49	12,6	9,6-16,5	

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

\*\* Valor de p obtenido por Chi cuadrado

### Nivel de resiliencia y características del compañero

La edad y escolaridad de los compañeros de las mujeres gestantes adolescentes no se asoció al nivel de resiliencia de ellas. (Tabla 14)

TABLA 14 NIVEL DE RESILIENCIA SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE COMPAÑERO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES, 2016							
n=499							
	Nivel de Resiliencia						Valor p
	Alta/Moderada			Baja			
	Me		RI	Me		RI	
Edad	21		4	20		4,8	0,097*
Grupo etario	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,082**
Adolescente	136	83,4	76,8-88,8	27	16,6	11,2-23,2	
Adulto	299	89,0	85,0-92,0	37	11,0	8,0-15,0	
Escolaridad							0,835**
Educación superior	36	87,8	73,8-95,9	5	12,2	4,1-26,2	
Educación media	269	87,6	83,3-91,0	38	12,4	9,0-16,7	
Básica secundaria	119	86,9	80,0-92,0	18	13,1	8,0-20,0	
Básica primaria	10	76,9	46,2-95,0	3	23,1	5,0-53,8	
Preescolar	0	0,0	0,0-0,0	0	0,0	0,0-0,0	
No sabe	1	100	100-100	0	0,0	0,0-0,0	

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

\*Valor de p obtenido por Mann whitney

\*\* Valor de p obtenido por Chi cuadrado

## **Asociación entre baja resiliencia y factores de riesgo**

Tras la realización del análisis bivariado, se identificaron aquellas variables que se asociaron significativamente con el nivel de resiliencia, las cuales fueron: etnia, puntuación total de la escala de perspectiva espiritual, trimestre de embarazo, patologías en el embarazo, puntuación total de la escala de familismo de Bardis, apoyo familiar, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo, puntuación total de la escala de felicidad subjetiva y nivel de autoestima. Para cada una se calculó OR crudo mediante regresión logística simple, y de acuerdo a lo encontrado en la literatura, se identificaron dentro de las variables mencionadas, cuales se constituían variables de interacción o confusión, ajustándose luego mediante regresión logística múltiple.

Las posibles variables de confusión o interacción para cada una de las variables independiente con el nivel bajo de resiliencia de acuerdo a la literatura referenciada se indican a continuación:

Etnia: patologías en el embarazo, edad, familismo, apoyo familiar, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo, espiritualidad.

Espiritualidad: violencia en el embarazo, etnia, edad.

Trimestre de embarazo: patologías en el embarazo, edad.

Patologías en el embarazo: etnia, trimestre del embarazo, familismo, apoyo familiar, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo, edad, felicidad subjetiva, autoestima.

Familismo: etnia, patologías en el embarazo, apoyo familiar, función familiar, edad.

Apoyo familiar: etnia, patologías en el embarazo, familismo, funcionalidad familiar, edad.

Funcionalidad familiar: etnia, patologías en el embarazo, familismo, apoyo familiar, edad.

Violencia en el embarazo: etnia, patologías en el embarazo, edad, espiritualidad, felicidad subjetiva.

Felicidad subjetiva: edad, violencia en el embarazo, patologías en el embarazo.

Autoestima: edad, patologías en el embarazo.

### ***Calculo de OR crudo: regresión logística simple***

Se observó que las mujeres gestantes adolescentes pertenecientes a etnia negra tenían 2,266 veces más riesgo de presentar nivel de resiliencia baja que las que eran mestizas, y esto fue estadísticamente significativo. (Tabla 15)

En cuanto a la escala de perspectiva espiritual se encontró que por el aumento en una unidad de la puntuación total de la escala, que tuviera la gestante adolescente, tenía 0,053 menos riesgo de presentar nivel de resiliencia baja. Y al analizar los intervalos de la puntuación total de la escala, aquellas que tuvieron menores puntuaciones presentaban un mayor riesgo de nivel de resiliencia baja con respecto a las que obtuvieron mayores puntuaciones. Todos estos hallazgos fueron estadísticamente significativos. (Tabla 15)

Estar en el segundo trimestre de embarazo se identificó como un factor protector para no presentar nivel de resiliencia baja (OR 0,362 [IC95%0,165-0,793]) frente a estar en tercer trimestre, siendo estadísticamente significativo. Por su parte tener patologías en el embarazo aumento en un 79,4% el riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo en relación a las que no presentaron ninguna patología en el embarazo y fue estadísticamente significativo. (Tabla 15)

Refiriéndose a la escala de familismo de Bardis, se encontró que por cada aumento en una unidad en la puntuación total de la escala que tuviera la gestante adolescente, tenía 0,077 menos riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo. Y al analizar los intervalos de la puntuación total de la escala, aquellas que tuvieron menores puntuaciones presentaban un mayor riesgo de nivel de resiliencia baja

con respecto a las que obtuvieron mayores puntuaciones. Todos estos hallazgos fueron estadísticamente significativos para cada intervalo excepto para el que comprende entre [36.5,48.5) que es el más cercano al de referencia. No tener apoyo familiar aumento 1,987 veces más el riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo en las gestantes adolescentes en comparación con las que si lo tuvieron. Y aquellas que provenían de una familia disfuncional tuvieron 2,868 veces más riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas. (Tabla 15)

Las gestantes adolescentes que afirmaron ser víctimas de violencia, tuvieron 2,688 el riesgo de presentar nivel de resiliencia baja, que las que nunca habían sido víctimas de violencia. (Tabla 15)

Con relación a la puntuación total de la escala de felicidad subjetiva, se encontró que por cada aumento en una unidad en la puntuación de la escala que tuviera la gestante adolescente, tenía 0,096 menos riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo. Y al analizar los intervalos de la puntuación total de la escala, se observó que tener una puntuación entre los intervalos [19.2,23.6) y [14.8,19.2) aumentaba más el riesgo de nivel de resiliencia bajo con respecto al intervalo con mayor puntuación que era el de referencia [23.6,28]. Todos estos hallazgos fueron estadísticamente significativos. (Tabla 15)

Tener un nivel de autoestima baja aumento 3,011 veces más el riesgo de nivel de resiliencia bajo que tener un nivel de autoestima alta y fue estadísticamente significativo. (Tabla 15)

<b>TABLA 15 ASOCIACIÓN ENTRE BAJA RESILIENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES, 2016. OR CRUDO</b> <b>n=499</b>					
Factor	Resiliencia				
	Alta/Moderada	Baja	OR crudo	IC95%	Valor p*
Etnia					
Mestiza	424	59	1	1	
Negra	11	5	3,266	1,096-9,731	0,025 <sup>¶</sup>

Puntuación total de escala de perspectiva espiritual	-	-	0,947	0,923-0,971	<0,001 <sup>††</sup>
Intervalo de puntuación total de escala de perspectiva espiritual					
[49,60]	210	14	1	1	
[38,49)	163	31	2,852	1,469-5,538	0,001 <sup>††</sup>
[27,38)	44	11	3,750	1,596-8,808	0,001 <sup>††</sup>
[16,27)	13	5	5,769	1,800-18,490	0,001 <sup>††</sup>
[5,16)	5	3	9,000	1,948-41,572	<0,001 <sup>††</sup>
Trimestre de embarazo					
Tercer	239	44	1	1	
Segundo	120	8	0,362	0,165-0,793	0,008 <sup>††</sup>
Primero	76	12	0,857	0,430-1,707	0,661
Patologías en el embarazo					
No	326	40	1	1	
Si	109	24	1,794	1,034-3,112	0,035 <sup>††</sup>
Puntuación total de la escala de Familismo de Bardis	-	-	0,923	0,899-0,947	<0,001 <sup>††</sup>
Intervalo de puntuación total de la escala de Familismo de Bardis					
[48.5,60.5)	46	3	1	1	
[36.5,48.5)	313	29	1,420	0,415-4,852	0,573
[24.5,36.5)	63	20	4,867	1,364-17,361	0,008 <sup>††</sup>
[12.5,24.5)	7	4	8,761	1,608-47,726	0,004 <sup>††</sup>
[0.5,12.5)	6	8	20,444	4,226-98,883	<0,001 <sup>††</sup>
Apoyo familia					
Si	423	59	1	1	
No	12	5	2,987	1,016-8,781	0,037 <sup>††</sup>
Funcionalidad familiar					
Función normal	245	16	1	1	
Disfunción familiar	190	48	3,868	2,130-7,025	<0,001 <sup>††</sup>
Violencia en el embarazo					
No	416	57	1	1	
Si	19	7	2,688	1,082-6,678	0,027 <sup>††</sup>
Puntuación total de la escala de felicidad subjetiva	-	-	0,904	0,848-0,964	0,002 <sup>††</sup>
Intervalo de puntuación total de la escala de felicidad subjetiva					
[23.6,28]	335	38	1	1	
[19.2,23.6)	74	16	1,906	1,009-3,600	0,044 <sup>††</sup>



[14.8,19.2) [6,14.8)	23 3	9 1	3,449 2,938	1,488-7,994 0,298-28,957	0,002 <sup>¶</sup> 0,356
Nivel de autoestima					
Alta	426	59	1	1	
Baja	9	5	4,011	1,300-12,375	0,009 <sup>¶</sup>

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de perspectiva espiritual, escala de familismo de Bardis, APGAR familiar, escala AAS, escala de felicidad subjetiva, escala de autoestima de Rosenberg y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

\*Valor de p obtenido por test de Wald

<sup>¶</sup>Significativo

### ***Identificación de interacción entre los factores: regresión logística***

Una vez efectuada la prueba de Wald mediante regresión logística, para posibles interacciones de cada variable independiente (factores), se observó que el valor de significancia de estas pruebas solo fue menor al  $\alpha$  (0,05) entre las variables apoyo familiar y funcionalidad familiar, rechazándose así entre esta dos variables la hipótesis nula de que  $\beta_3=0$ , la cual plantea que no existe interacción entre las variables. Debido a la presencia de interacción entre estas dos variables se muestra los OR de cada una con respecto al nivel de resiliencia bajo de acuerdo a los estratos de cada una. Los demás factores obtuvieron un valor de p en la prueba menor al  $\alpha$  por tal motivo en estos se prosiguió a la identificación de la presencia de confusión mediante regresión logística múltiple para cada factor con sus posibles confusores. (Tabla 16 a la Tabla 25)

<b>TABLA 16 EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE INTERACCIÓN ENTRE LA VARIABLE ETNIA Y NIVEL DE RESILIENCIA BAJO</b>								
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Etnia	1,735	0,929	3,488	1	0,062	5,667	0,918	34,991
Patologías en el embarazo	0,569	0,295	3,730	1	0,053	1,767	0,992	3,150
Etnia*patologías en el embarazo	-1,145	1,174	0,951	1	0,330	0,318	0,032	3,179
Constante	-2,140	0,171	155,716	1	0,000	0,118		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Etnia	15,848	8,487	3,487	1	0,062	7632434,4	0,455	127901488446042,5
Edad	0,035	0,094	0,137	1	0,711	1,035	0,861	1,244
Etnia*edad	-0,839	0,489	2,951	1	0,086	0,432	0,166	1,126
Constante	-2,570	1,623	2,507	1	0,113	0,077		
Factor	B	Error	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	

		<b>estándar</b>					<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
Etnia	-1,603	2,058	0,607	1	0,436	0,202	0,004	11,359
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,084	0,014	37,989	1	0,000	0,919	0,895	0,944
Etnia* Puntuación total de escala de familismo de Bardis	0,072	0,051	2,000	1	0,157	1,075	0,973	1,187
Constante	1,304	0,527	6,125	1	0,013	3,683		
<b>Factor</b>	<b>B</b>	<b>Error estándar</b>	<b>Wald</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>95%IC para EXP(B)</b>	
							<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
Etnia	1,341	0,567	5,606	1	0,018	3,824	1,260	11,608
Apoyo familiar	1,246	0,558	4,978	1	0,026	3,476	1,164	10,387
Etnia*apoyo familiar	-21,756	40192,970	0,000	1	1,000	0,000	0,000	.
Constante	-2,034	0,145	197,664	1	0,000	0,131		
<b>Factor</b>	<b>B</b>	<b>Error estándar</b>	<b>Wald</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>95%IC para EXP(B)</b>	
							<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
Etnia	0,977	1,112	0,771	1	0,380	2,656	0,300	23,500
Funcionalidad familiar	1,332	0,315	17,931	1	0,000	3,790	2,045	7,021
Etnia*funcionalidad familiar	0,236	1,310	0,033	1	0,857	1,267	0,097	16,504
Constante	-2,768	0,266	108,173	1	0,000	0,063		
<b>Factor</b>	<b>B</b>	<b>Error estándar</b>	<b>Wald</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>95%IC para EXP(B)</b>	
							<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
Etnia	1,120	0,609	3,377	1	0,066	3,064	0,928	10,116
Violencia en el embarazo	0,937	0,494	3,608	1	0,057	2,553	0,971	6,717
Etnia*violencia en el embarazo	-0,021	1,610	0,000	1	0,990	0,979	0,042	22,995
Constante	-2,036	0,146	194,344	1	0,000	0,131		
<b>Factor</b>	<b>B</b>	<b>Error estándar</b>	<b>Wald</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>95%IC para EXP(B)</b>	
							<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
Etnia	0,544	2,273	0,057	1	0,811	1,722	0,020	148,254
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual	-0,053	0,013	16,030	1	0,000	0,948	0,923	0,973
Etnia*puntuación total de escala de perspectiva espiritual	0,012	0,055	0,044	1	0,834	1,012	0,908	1,127
Constante	0,372	0,582	0,410	1	0,522	1,451		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de perspectiva espiritual, escala de familismo de Bardis, APGAR familiar, escala AAS y escala de resiliencia de Wagnild y Young..

TABLA 17 EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE INTERACCIÓN ENTRE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE PERSPECTIVA ESPIRITUAL Y NIVEL DE RESILIENCIA BAJO								
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual	-0,049	0,014	11,782	1	0,001	0,952	0,925	0,979
Violencia en el embarazo	1,224	1,497	0,668	1	0,414	3,400	0,181	63,955
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual*violencia en el embarazo	-0,014	0,037	0,141	1	0,708	0,986	0,917	1,061
Constante	0,194	0,631	0,094	1	0,759	1,214		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual	0,700	0,496	1,993	1	0,158	2,014	0,762	5,324
Edad	-0,056	0,039	2,148	1	0,143	0,945	0,876	1,019
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual *edad	0,000	0,002	0,019	1	0,890	1,000	0,996	1,005
Constante	0,282	0,580	0,236	1	0,627	1,326		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual	-0,053	0,013	16,030	1	0,000	0,948	0,923	0,973
Etnia	0,544	2,273	0,057	1	0,811	1,722	0,020	148,254
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual *etnia	0,012	0,055	0,044	1	0,834	1,012	0,908	1,127
Constante	0,372	0,582	0,410	1	0,522	1,451		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de perspectiva espiritual y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

TABLA 18 EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE INTERACCIÓN ENTRE LA VARIABLE TRIMESTRE DE EMBARAZO Y NIVEL DE RESILIENCIA BAJO								
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Trimestre de embarazo			4,569	2	0,102			
2do trimestre de embarazo	-0,898	0,508	3,120	1	0,077	0,407	0,150	01,103
1er trimestre de embarazo	0,296	0,394	0,565	1	0,452	1,344	0,622	2,908

Patologías en el embarazo	0,845	0,336	6,307	1	,012	2,328	1,204	4,502
Trimestre de embarazo* patologías en el embarazo			2,887	2	0,236			
2do trimestre de embarazo* patologías en el embarazo	-0,257	0,831	0,096	1	0,757	0,773	0,152	3,943
1er trimestre de embarazo* patologías en el embarazo	-1,921	1,133	2,876	1	0,090	0,146	0,016	1,349
Constante	-1,992	0,218	83,842	1	0,000	0,136		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Trimestre de embarazo			0,711	2	0,701			
2do trimestre de embarazo	-3,530	4,741	0,554	1	0,457	0,029	0,000	318,009
1er trimestre de embarazo	0,889	3,877	0,053	1	0,819	2,432	0,001	4850,015
Edad	-0,012	0,114	0,011	1	0,918	0,988	0,791	1,235
Trimestre de embarazo* edad			0,441	2	0,802			
2do trimestre de embarazo*edad	0,146	0,272	0,287	1	0,592	1,157	0,678	1,973
1er trimestre de embarazo*edad	-0,062	0,228	0,074	1	0,786	0,940	0,602	1,468
Constante	-1,489	1,973	0,569	1	0,451	0,226		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

TABLA 19 EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE INTERACCIÓN ENTRE LA VARIABLE PATOLOGÍAS EN EL EMBARAZO Y NIVEL DE RESILIENCIA BAJO								
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Patologías en el embarazo	0,569	0,295	3,730	1	0,053	1,767	0,992	3,150
Etnia	1,735	0,929	3,488	1	0,062	5,667	0,918	34,991
Patologías en el embarazo*etnia	-1,145	1,174	0,951	1	0,330	0,318	0,032	3,179
Constante	-2,140	0,171	155,716	1	0,000	0,118		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Patologías en el embarazo	0,845	0,336	6,307	1	,012	2,328	1,204	4,502
Trimestre de embarazo			4,569	2	0,102			
2do trimestre de embarazo	-0,898	0,508	3,120	1	0,077	0,407	0,150	01,103
1er trimestre de embarazo	0,296	0,394	0,565	1	0,452	1,344	0,622	2,908
Patologías en el			2,887	2	0,236			

embarazo*trimestre de embarazo								
Patologías en el embarazo*2do trimestre de embarazo	-0,257	0,831	0,096	1	0,757	0,773	0,152	3,943
Patologías en el embarazo*1er trimestre de embarazo	-1,921	1,133	2,876	1	0,090	0,146	0,016	1,349
Constante	-1,992	0,218	83,842	1	0,000	0,136		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Patologías en el embarazo	0,614	1,058	0,336	1	0,562	1,847	0,232	14,691
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,079	0,017	22,513	1	0,000	0,924	0,895	0,955
Patologías en el embarazo* puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,002	0,027	0,003	1	0,954	0,998	0,946	1,053
Constante	0,979	0,641	2,330	1	0,127	2,661		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Patologías en el embarazo	0,351	0,300	1,366	1	0,243	1,421	0,788	2,559
Apoyo familiar	-19,133	13397,656	0,000	1	0,999	0,000	0,000	.
Patologías en el embarazo*apoyo familiar	21,363	13397,657	0,000	1	0,999	1895404500,017	0,000	.
Constante	-2,070	0,168	152,195	1	0,000	0,126		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Patologías en el embarazo	-0,853	0,525	2,637	1	0,104	0,426	0,152	1,193
Funcionalidad familiar	1,127	0,489	5,316	1	0,021	3,086	1,184	8,044
Patologías en el embarazo*funcionalidad familiar	0,369	0,628	0,345	1	0,557	1,446	0,422	4,955
Constante	-2,165	0,399	29,432	1	0,000	0,115		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Patologías en el embarazo	0,585	0,297	3,878	1	0,049	1,796	1,003	3,216
Violencia en el embarazo	1,067	0,604	3,127	1	0,077	2,907	0,891	9,490
Patologías en el embarazo*violencia en el embarazo	-0,334	0,948	0,124	1	0,724	0,716	0,112	4,586
Constante	-2,166	0,176	151,506	1	0,000	0,115		

Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Patologías en el embarazo	-2,765	3,221	0,736	1	0,391	0,063	0,000	34,791
Edad	-0,053	0,114	0,219	1	0,639	0,948	0,758	1,185
Patologías en el embarazo*edad	0,195	0,186	1,097	1	0,295	1,216	0,844	1,752
Constante	-1,179	1,964	0,360	1	0,548	0,308		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Patologías en el embarazo	-0,822	1,638	0,252	1	0,616	0,440	0,018	10,889
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva	-0,117	0,043	7,451	1	0,006	0,890	0,818	0,968
Patologías en el embarazo*puntuación total de escala de felicidad subjetiva	0,055	0,067	0,679	1	0,410	1,057	0,927	1,204
Constante	0,810	1,054	0,591	1	0,442	2,248		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Patologías en el embarazo	0,644	0,289	4,958	1	0,026	1,905	1,080	3,359
Nivel de autoestima	1,622	0,651	6,209	1	0,013	5,063	1,414	18,137
Patologías en el embarazo*nivel de autoestima	-0,778	1,406	0,306	1	0,580	0,459	0,029	7,226
Constante	-2,182	0,176	153,973	1	0,000	,113		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de familismo de Bardis, APGAR familiar, escala AAS, escala de felicidad subjetiva, escala de autoestima de Rosenberg y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

TABLA 20 EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE INTERACCIÓN ENTRE LA PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE FAMILISMO DE BARDIS Y NIVEL DE RESILIENCIA BAJO								
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,084	0,014	37,989	1	0,000	0,919	0,895	0,944
Etnia	-1,603	2,058	0,607	1	0,436	0,201	0,004	11,359
Puntuación total de escala de familismo de Bardis*etnia	0,072	0,051	2,000	1	0,157	1,075	0,973	1,187
Constante	1,304	0,527	6,125	1	0,013	3,683		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior

Puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,079	0,017	22,513	1	0,000	0,924	0,895	0,955
Patologías en el embarazo	0,614	1,058	0,336	1	0,562	1,847	0,232	14,691
Puntuación total de escala de familismo de Bardis*patologías en el embarazo	-0,002	0,027	0,003	1	0,954	0,998	0,946	1,053
Constante	0,979	0,641	2,330	1	0,127	2,661		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,078	0,014	32,443	1	0,000	0,925	0,901	0,950
Apoyo familiar	1,375	1,996	0,475	1	0,491	3,955	0,079	197,630
Puntuación total de escala de familismo de Bardis*apoyo familiar	-0,015	0,053	0,077	1	0,782	0,985	0,888	1,094
Constante	1,072	0,530	4,096	1	0,043	2,920		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,055	0,020	7,429	1	0,006	0,947	0,910	0,985
Funcionalidad familiar	3,458	1,142	9,170	1	0,002	31,760	3,387	297,806
Puntuación total de escala de familismo de Bardis*funcionalidad familiar	-0,057	0,029	3,722	1	0,054	0,945	0,892	1,001
Constante	-,0554	0,787	0,495	1	0,482	0,575		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	0,107	0,158	0,455	1	0,500	1,112	0,816	1,516
Edad	0,350	0,367	0,908	1	0,341	1,418	0,691	2,911
Puntuación total de escala de familismo de Bardis*edad	-0,011	0,009	1,413	1	0,235	0,989	0,972	1,007
Constante	-4,796	6,359	0,569	1	0,451	0,008		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de familismo de Bardis, APGAR familiar y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

TABLA 21 EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE INTERACCIÓN ENTRE APOYO FAMILIAR Y NIVEL DE RESILIENCIA BAJO								
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Apoyo familiar	1,246	0,558	4,978	1	0,026	3,476	1,164	10,387
Etnia	1,341	0,567	5,606	1	0,018	3,824	1,260	11,608
Apoyo familiar*etnia	-21,756	40192,970	0,000	1	1,000	0,000	0,000	.
Constante	-2,034	0,145	197,664	1	0,000	0,131		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Apoyo familiar	-19,133	13397,656	0,000	1	0,999	0,000	0,000	.
Patologías en el embarazo	0,351	0,300	1,366	1	0,243	1,421	0,788	2,559
Apoyo familiar*patologías en el embarazo	21,363	13397,657	0,000	1	0,999	1895404500,017	0,000	.
Constante	-2,070	0,168	152,195	1	0,000	0,126		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Apoyo familiar	1,375	1,996	0,475	1	0,491	3,955	0,079	197,630
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,078	0,014	32,443	1	0,000	0,925	0,901	0,950
Apoyo familiar*puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,015	0,053	0,077	1	0,782	0,985	0,888	1,094
Constante	1,072	0,530	4,096	1	0,043	2,920		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Apoyo familiar	2,854	1,037	7,573	1	0,006	17,357	2,274	132,509
Funcionalidad familiar	1,468	0,321	20,849	1	0,000	4,339	2,311	8,148
Apoyo familiar*funcionalidad familiar	-2,672	1,240	4,645	1	0,031	0,069	0,006	0,785
Constante	-2,854	0,275	107,823	1	0,000	0,058		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Apoyo familiar	-6,535	8,194	0,636	1	0,425	0,001	0,000	13693,445
Edad	-0,020	0,092	0,045	1	0,832	0,981	0,818	1,175
Apoyo familiar*edad	0,432	0,459	0,886	1	0,347	1,540	0,626	3,788
Constante	-1,634	1,590	1,056	1	0,304	0,195		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de familismo de Bardis, APGAR familiar y escala de resiliencia de Wagnild y Young.



TABLA 22 EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE INTERACCIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL DE RESILIENCIA BAJO								
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Funcionalidad familiar	1,332	0,315	17,931	1	0,000	3,790	2,045	7,021
Etnia	0,977	1,112	0,771	1	0,380	2,656	0,300	23,500
Funcionalidad familiar*etnia	0,236	1,310	0,033	1	0,857	1,267	0,097	16,504
Constante	-2,768	0,266	108,173	1	0,000	0,063		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Funcionalidad familiar	1,127	0,489	5,316	1	0,021	3,086	1,184	8,044
Patologías en el embarazo	-0,853	0,525	2,637	1	0,104	0,426	0,152	1,193
Funcionalidad familiar*patologías en el embarazo	0,369	0,628	0,345	1	0,557	1,446	0,422	4,955
Constante	-2,165	0,399	29,432	1	0,000	0,115		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Funcionalidad familiar	3,458	1,142	9,170	1	0,002	31,760	3,387	297,806
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,055	0,020	7,429	1	0,006	0,947	0,910	0,985
Funcionalidad familiar*puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,057	0,029	3,722	1	0,054	0,945	0,892	1,001
Constante	-,0554	0,787	0,495	1	0,482	0,575		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Funcionalidad familiar	1,468	0,321	20,849	1	0,000	4,339	2,311	8,148
Apoyo familiar	2,854	1,037	7,573	1	0,006	17,357	2,274	132,509
Funcionalidad familiar*apoyo familiar	-2,672	1,240	4,645	1	0,031	0,069	0,006	0,785
Constante	-2,854	0,275	107,823	1	0,000	0,058		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Funcionalidad familiar	1,634	3,550	0,212	1	0,645	5,125	0,005	5391,366
Edad	0,013	0,176	0,006	1	0,941	1,013	0,718	1,431
Funcionalidad familiar*edad	-0,016	0,206	0,006	1	0,937	0,984	0,657	1,472
Constante	-2,954	3,036	0,947	1	0,330	0,052		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de familismo de Bardis, APGAR familiar y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

TABLA 23 EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE INTERACCIÓN ENTRE VIOLENCIA EN EL EMBARAZO Y NIVEL DE RESILIENCIA BAJO								
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Violencia en el embarazo	0,937	0,494	3,608	1	0,057	2,553	0,971	6,717
Etnia	1,120	0,609	3,377	1	0,066	3,064	0,928	10,116
Violencia en el embarazo*etnia	-0,021	1,610	0,000	1	0,990	0,979	0,042	22,995
Constante	-2,036	0,146	194,344	1	0,000	0,131		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Violencia en el embarazo	1,067	0,604	3,127	1	0,077	2,907	0,891	9,490
Patologías en el embarazo	0,585	0,297	3,878	1	0,049	1,796	1,003	3,216
Violencia en el embarazo*patologías en el embarazo	-0,334	0,948	0,124	1	0,724	0,716	0,112	4,586
Constante	-2,166	0,176	151,506	1	0,000	0,115		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Violencia en el embarazo	1,224	1,497	0,668	1	0,414	3,400	0,181	63,955
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual	-0,049	0,014	11,782	1	0,001	0,952	0,925	0,979
Violencia en el embarazo*puntuación total de escala de perspectiva espiritual	-0,014	0,037	0,141	1	0,708	0,986	0,917	1,061
Constante	0,194	0,631	0,094	1	0,759	1,214		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Violencia en el embarazo	-2,929	2,349	1,555	1	0,212	0,053	0,001	5,339
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva	-0,114	0,036	9,846	1	0,002	0,893	0,831	0,958
Violencia en el embarazo*puntuación total de escala de felicidad subjetiva	0,162	0,101	2,593	1	0,107	1,176	0,965	1,434
Constante	0,843	0,894	0,889	1	0,346	2,323		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Violencia en el	3,656	4,822	0,575	1	0,448	38,704	0,003	492589,360

embarazo								
Edad	0,044	0,097	0,202	1	0,653	1,044	0,864	1,263
Violencia en el embarazo*edad	-0,159	0,289	0,303	1	0,582	0,853	0,484	1,503
Constante	-2,739	1,680	2,658	1	0,103	0,065		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de perspectiva espiritual, escala AAS, escala de felicidad subjetiva y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

<b>TABLA 24 EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE INTERACCIÓN ENTRE PUNTUACIÓN TOTAL DE ESCALA DE FELICIDAD SUBJETIVA Y NIVEL DE RESILIENCIA BAJO</b>								
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva	-0,117	0,043	7,451	1	0,006	0,890	0,818	0,968
Patologías en el embarazo	-0,822	1,638	0,252	1	0,616	0,440	0,018	10,889
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva *patologías en el embarazo	0,055	0,067	0,679	1	0,410	1,057	0,927	1,204
Constante	0,810	1,054	0,591	1	0,442	2,248		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva	-0,114	0,036	9,846	1	0,002	0,893	0,831	0,958
Violencia en el embarazo	-2,929	2,349	1,555	1	0,212	0,053	0,001	5,339
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva*violencia en el embarazo	0,162	0,101	2,593	1	0,107	1,176	0,965	1,434
Constante	0,843	0,894	0,889	1	0,346	2,323		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva	0,356	0,397	0,805	1	0,370	1,427	0,656	3,106
Edad	0,649	0,574	1,276	1	0,259	1,913	0,621	5,896
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva*edad	-0,027	0,023	1,335	1	0,248	0,974	0,931	1,019
Constante	-10,572	9,929	1,134	1	0,287	0,000		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala AAS, escala de felicidad subjetiva y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

TABLA 25 EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE INTERACCIÓN ENTRE LA VARIABLE NIVEL DE AUTOESTIMA Y NIVEL DE RESILIENCIA BAJO								
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Nivel de autoestima	1,622	0,651	6,209	1	0,013	5,063	1,414	18,137
Patologías en el embarazo	0,644	0,289	4,958	1	0,026	1,905	1,080	3,359
Nivel de autoestima*patologías en el embarazo	-0,778	1,406	0,306	1	0,580	0,459	0,029	7,226
Constante	-2,182	0,176	153,973	1	0,000	,113		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Nivel de autoestima	-10,879	9,293	1,371	1	0,242	0,000	0,000	1532,683
Edad	-0,011	0,092	0,015	1	0,903	0,989	0,825	1,185
Nivel de autoestima*edad	0,716	0,538	1,771	1	0,183	2,047	0,713	5,879
Constante	-1,784	1,592	1,256	1	0,262	0,168		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de autoestima de Rosenberg y escala de resiliencia de Wagnild y Young..

En el grupo de gestantes adolescentes con función familiar normal, las que refirieron no tener apoyo familiar, tenían 16,357 veces más riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo que las que refirieron tener apoyo familiar, siendo estadísticamente significativo. (Tabla 26)

TABLA 26 ASOCIACIÓN ENTRE BAJA RESILIENCIA Y APOYO FAMILIAR SEGÚN FUNCIONALIDAD FAMILIAR, 2016. OR n=499										
Factor	Función familiar normal					Disfunción familiar				
	Resiliencia					Resiliencia				
	Alta/ Moderada	Baja	OR	IC95%	Valor p*	Alta/ Moderada	Baja	OR	IC95%	Valor p*
Apoyo familiar										
Si	243	14	1	1	<0,001	180	45	1	1	0,788
No	2	2	17,357	2,274- 132,509		10	3	1,200	0,317- 4,541	

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, APGAR familiar y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

\*Valor de p obtenido por Chi cuadrado.

En el grupo de gestantes adolescentes con apoyo familiar, las que provenían de una familia disfuncional, tenían 3,339 veces más riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo que las que provenían de una familia con función normal, siendo estadísticamente significativo. (Tabla 27)

<b>TABLA 27 ASOCIACIÓN ENTRE BAJA RESILIENCIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN APOYO FAMILIAR, 2016. OR</b> <b>n=499</b>										
Factor	Si apoyo familiar					No apoyo familiar				
	Resiliencia					Resiliencia				
	Alta/ Moderada	Baja	OR	IC95%	Valor p*	Alta/ Moderada	Baja	OR	IC95%	Valor p*
Funcionalidad familiar										
Función normal	243	14	1	1		2	2	1	1	
Disfunción familiar	180	45	4,339	2,311-8,148	<0,001	10	3	0,300	0,029-3,135	0,301

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, APGAR familiar y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

\*Valor de p obtenido por Chi cuadrado.

### ***Identificación de confusión entre los factores: regresión logística múltiple***

A los factores que se les descarto la presencia de interacción con las posibles variables de interacción entre estos y el nivel de resiliencia bajo, se les identificaron las variables que actuaban como confusoras entre esta relación, mediante regresión logística múltiple, obteniéndose los OR ajustados. Fueron consideradas variables de confusión aquellas que modificaban en más del 10% el OR crudo, fuera aumentándolo o disminuyéndolo.

En la relación entre la variable etnia y nivel de resiliencia bajo se observó que de todas las variables que posiblemente eran confusoras según la literatura (patologías en el embarazo, edad, familismo, apoyo familiar, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo y espiritualidad), solo patologías en el embarazo y puntuación total de la escala de perspectiva espiritual fueron variables de confusión, por las cuales se ajustó y se observó que el nuevo OR ajustado es menor, pero no es estadísticamente significativo. (Tabla 28)

Ser víctima de violencia en el embarazo, etnia y la edad no se comportaron como variables de confusión entre la puntuación total de la escala de perspectiva espiritual y el nivel de resiliencia bajo. El OR ajustado de la puntuación de la escala de perspectiva espiritual indica que por cada aumento en una unidad en la puntuación total de esta escala hay 0,049 menos riesgo de presentar nivel de

resiliencia baja y continuo siendo estadísticamente significativo. Al evaluar los intervalos de puntuación de esta escala, se observa que aún persiste el aumento del riesgo de tener nivel de resiliencia bajo, al tener menor puntuación y va disminuyendo a mayor puntuación siendo estadísticamente significativo; además al ajustar esta variables por víctima de violencia en el embarazo, etnia y la edad no hubo confusión con respecto a los intervalos [38,49), [27,38) y [16,27). Con el intervalo [5,16), no se observó confusión con la edad y la etnia, pero si con víctima de violencia por lo que se ajustó por esta última. (Tabla 28)

Al ajustar trimestre de embarazo por patologías en el embarazo y edad, no se observó confusión, estar en segundo trimestre de embarazo presenta 0,632 menos riesgo que estar en tercer trimestre y esto siguió siendo estadísticamente significativo. (Tabla 28)

Se observó confusión en la relación entre patologías en el embarazo y nivel de resiliencia bajo, al ajustar por etnia, trimestre de embarazo, puntuación total de la escala de familismo de Bardis, apoyo familiar, funcioalidad familiar, violencia en el embarazo, edad, puntuación total de la escala de felicidad subjetiva y nivel de autoestima. Las cuales provocaron la disminución del riesgo de tener nivel de resiliencia bajo si se tiene una patología en el embarazo, pero aún era mayor con respecto a no tener patología en el embarazo en un 44,7%, no siendo significativo tras el ajuste. (Tabla 28)

No hubo confusión entre la puntuación total de la escala de familismo de Bardis y las variables etnia, patologías en el embarazo, apoyo familiar, funcioalidad familiar y edad. Al ajustar la puntuación de esta escala por estas variables sigue siendo protectora para nivel de resiliencia baja, así por cada unidad que aumentara la puntuación total de la escala, la gestante adolescente tenía 0,079 menos riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo. Y al analizar los intervalos de la puntuación total de la escala con sus posibles variables confusoras, se volvió a observar que aquellas que tuvieron menor puntuación presentaban un mayor riesgo de nivel de

resiliencia baja con respecto a las que obtuvieron mayor puntuaciones. Hubo confusión entre los intervalos [36.5, 48.5) y [24.5, 36.5) con las variables patologías en el embarazo y funcionalidad familiar sin ser estadísticamente significativo, entre el intervalo [12.5, 24.5) y la variable patologías en el embarazo, y el intervalo [0.5, 12.5) con las variables etnia y funcionalidad familiar siendo estadísticamente significativo. (Tabla 28)

De las posibles variables que teóricamente podrían ser variables de confusión para apoyo familiar y nivel de resiliencia baja solo lo fueron puntuación total de la escala de familismo de Bardis y patología en el embarazo, las demás variables no fueron confusoras. Además se observó que apoyo familiar obtuvo al ser ajustado por estas dos variables menor OR indicando aun factor de riesgo pero esta vez no fue estadísticamente significativo. (Tabla 28)

Hubo confusión entre etnia, patologías en el embarazo, puntuación total de la escala de familismo de Bardis y edad, con la variable funcionalidad familiar y resiliencia baja aumentando el riesgo al ajustarlas por estas variables. De esta forma las gestantes adolescentes con familia disfuncionales, tienen 3,902 el riesgo de presentar nivel de resiliencia baja, lo cual fue significativo. (Tabla 28)

Al ajustar la variable violencia en el embarazo con las variables puntuación total de la escala de perspectiva espiritual y puntuación total de la escala de felicidad subjetiva se observa que el riesgo de presentar nivel de resiliencia baja fue de 67,1 % mayor en las víctimas de violencia en comparación con las que no, pero no fue estadísticamente significativo, se observó confusión entre estas tres variables, pero no hubo con el resto de variables que eran posibles confusoras. (Tabla 28)

La puntuación total de la escala de felicidad subjetiva, siguió comportándose como factor protector al ajustarla con las variables edad, violencia en el embarazo y patologías en el embarazo, aunque disminuyo su protección, así por cada aumento en una unidad en la puntuación total de la escala que tuviera la gestante adolescente, tuvo 0,081 menos riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo, no se

obtuvo confusión entre estas variables y la diferencia fue estadísticamente significativa. Y al analizar los intervalos de la puntuación total de la escala, se observó que hubo confusión entre edad, violencia en el embarazo y patologías en el embarazo con cada uno de estos intervalos, con las cuales se ajustó el OR, disminuyendo el riesgo en cada uno para nivel de resiliencia baja y solo fue significativo en el intervalo [14.8,19.2), así tener una puntuación entre el intervalo [14.8,19.2) aumentaba más el riesgo de nivel de resiliencia bajo en 1,522 veces más con respecto al intervalo con mayor puntuación que era el de referencia [23.6,28]. (Tabla 28)

El nivel de autoestima al ser ajustado por edad y patologías en el embarazo no presento confusión, continuo siendo un factor de riesgo, así aquellas gestantes adolescentes que tenían nivel de autoestima bajo presentaban 3,257 veces más riesgo de nivel de resiliencia bajo en comparación con las de autoestima alta, y esto fue estadísticamente significativo. (Tabla 28)

<b>TABLA 28 ASOCIACIÓN ENTRE BAJA RESILIENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES, 2016. OR AJUSTADO</b> <b>n=499</b>					
Factor	Resiliencia				
	Alta/Moderada	Baja	OR ajustado	IC95%	Valor p*
Etnia					
Mestiza	424	59	1	1	
Negra	11	5	2,264**	0,716-7,160	0,164
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual	-	-	0,951 <sup>§</sup>	0,927-0,976	<0,001 <sup>¶</sup>
Intervalo de puntuación total de escala de perspectiva espiritual					
[49,60]	210	14	1	1	
[38,49)	163	31	2,864 <sup>§</sup>	1,469-5,583	0,002 <sup>¶</sup>
[27,38)	44	11	3,603 <sup>§</sup>	1,517-8,554	0,004 <sup>¶</sup>
[16,27)	13	5	5,518 <sup>§</sup>	1,685-18,073	0,005 <sup>¶</sup>
[5,16)	5	3	6,053 <sup>l</sup>	1,187-30,858	0,030 <sup>¶</sup>
Trimestre de embarazo					
Tercer	239	44	1	1	
Segundo	120	8	0,368 <sup>r</sup>	0,167-0,809	0,013 <sup>¶</sup>



Primero	76	12	0,917 <sup>τ</sup>	0,456-1,842	0,808
Patologías en el embarazo					
No	326	40	1	1	
Si	109	24	1,447 <sup>2</sup>	0,764-2,739	0,257
Puntuación total de la escala de Familismo de Bardis	-	-	0,921 <sup>ζ</sup>	0,896-0,947	<0,001 <sup>¶</sup>
Intervalo de puntuación total de la escala de Familismo de Bardis					
[48.5,60.5)	46	3	1	1	
[36.5,48.5)	313	29	1,051 <sup>Δ</sup>	0,294-3,760	0,939
[24.5,36.5)	63	20	3,215 <sup>Δ</sup>	0,851-12,142	0,085
[12.5,24.5)	7	4	9,869 <sup>ο</sup>	1,783-54,622	0,009 <sup>¶</sup>
[0.5,12.5)	6	8	17,828 <sup>ω</sup>	3,475-91,525	0,001 <sup>¶</sup>
Apoyo familia					
Si	423	59	1	1	
No	12	5	2,088 <sup>ε</sup>	0,601-7,257	0,247
Funcionalidad familiar					
Función normal	288	23	1	1	
Disfunción familiar	147	41	3,902 <sup>δ</sup>	2,052-7,422	<0,001 <sup>¶</sup>
Violencia en el embarazo					
No	416	57	1	1	
Si	19	7	1,671 <sup>λ</sup>	0,625-4,465	0,305
Puntuación total de la escala de felicidad subjetiva	-	-	0,919 <sup>γ</sup>	0,860-0,983	0,014 <sup>¶</sup>
Intervalo de puntuación total de la escala de felicidad subjetiva					
[23.6,28]	335	38	1	1	
[19.2,23.6)	74	16	1,510 <sup>γ</sup>	0,805-2,832	0,198
[14.8,19.2)	23	9	2,522 <sup>γ</sup>	1,076-5,914	0,033 <sup>¶</sup>
[6,14.8)	3	1	1,413 <sup>γ</sup>	0,132-15,042	0,774
Nivel de autoestima					
Alta	426	59	1	1	
Baja	9	5	4,257 <sup>ι</sup>	1,363-13,295	0,013 <sup>¶</sup>

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de perspectiva espiritual, escala de familismo de Bardis, APGAR familiar, escala AAS, escala de felicidad subjetiva, escala de autoestima de Rosenberg y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

\*Valor de p obtenido por test de Wald.

\*\* Ajustado por patologías en el embarazo y puntuación total de la escala de perspectiva espiritual.

§ Ajustado por violencia en el embarazo, etnia y edad.

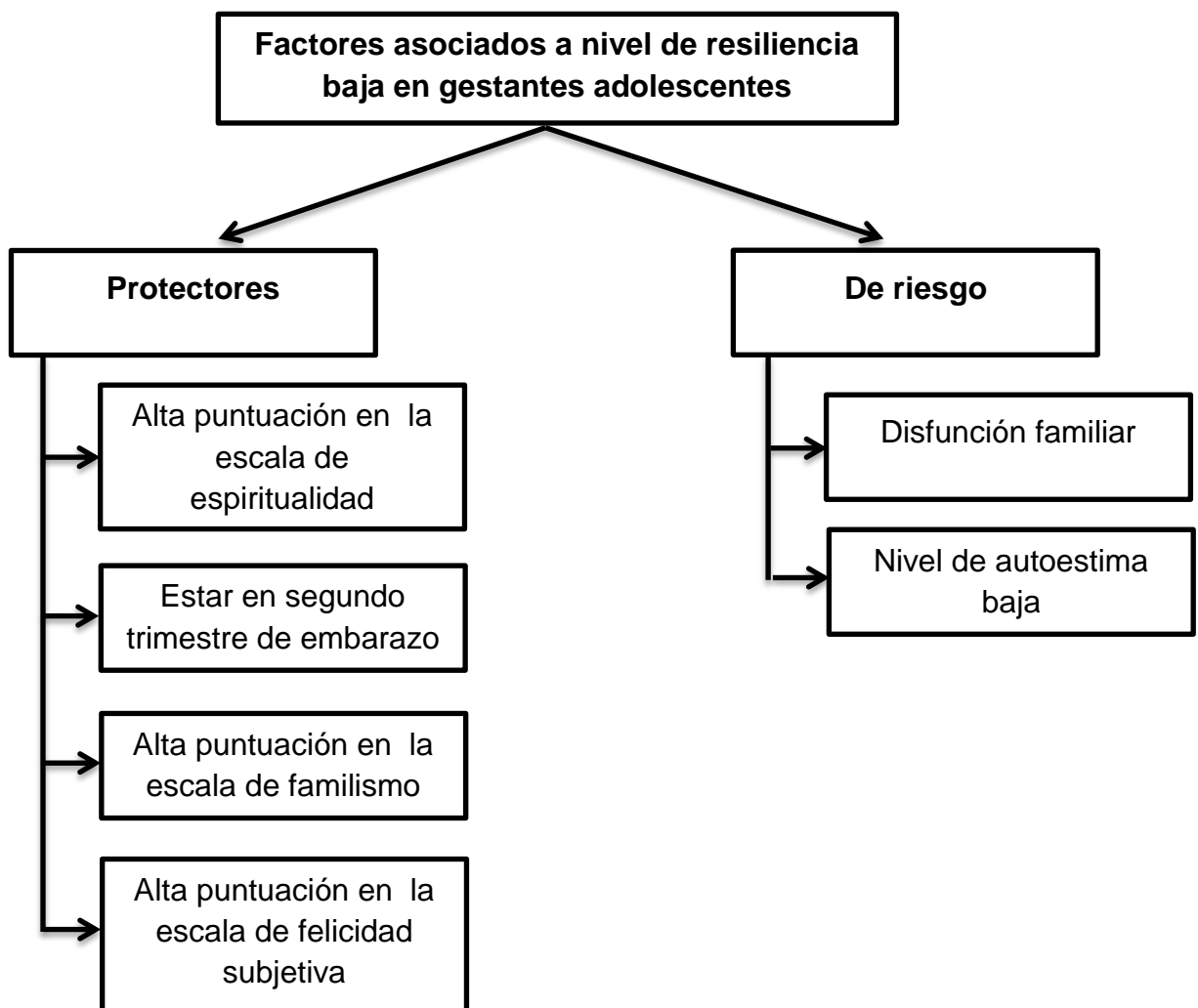
λ Ajustado por violencia en el embarazo.

τ Ajustado por patologías en el embarazo y edad.

<sup>2</sup> Ajustado por etnia, trimestre de embarazo, puntuación total de la escala de familismo de Bardis, apoyo familiar, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo, edad, puntuación total de la escala de felicidad subjetiva y nivel autoestima.

- ζ Ajustado por etnia, patologías en el embarazo, apoyo familiar, funcionalidad familiar y edad.  
 ^ Ajustado por patologías en el embarazo y funcionalidad familiar.  
 ° Ajustado por patología en el embarazo.  
 ∞ Ajustado por etnia y funcionalidad familiar.  
 ε Ajustado por puntuación total de la escala de familismo de Bardis y patología en el embarazo.  
 ø Ajustado por etnia, patologías en el embarazo, puntuación total de la escala de familismo de Bardis y edad.  
 ط Ajustado por puntuación total de la escala de perspectiva espiritual y puntuación total de la escala de felicidad subjetiva.  
 √ Ajustado por edad, violencia en el embarazo y patologías en el embarazo.  
 ‡ Ajustado por edad y patologías en el embarazo.  
 † Significativo

### Algoritmo de factores asociados a nivel de resiliencia baja en gestantes adolescentes



## **EVALUACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE NORMALIDAD DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS**

Para las variables cuantitativas de este estudio tanto en las gestantes adolescentes en general (Tabla 27) como en el grupo de alta/moderada resiliencia y baja resiliencia (Tabla 28 y 29 respectivamente), se utilizó la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov, obteniéndose un valor de probabilidad (p) para todas las citadas variables menor ( $<$ ) a 0,05, en la gestantes adolescentes en general y en el grupo de alta/moderada resiliencia. En el grupo de baja resiliencia las variables que obtuvieron p menor a 0,05 fueron edad, semana gestacional, numero de ecografía, edad del compañero, total rosenberg, total felicidad subjetiva, total resiliencia y total espiritual (SPS), por lo que se rechazó la hipótesis nula de distribución normal de los datos estudiados.

Los datos obtenidos en la prueba estadística de Kolmogorov Smirnov para todas las variables en el grupo de gestantes adolescentes en general, las que tienen nivel de resiliencia alta/moderada y las variables mencionadas anteriormente en el grupo de baja resiliencia, que indican que no hay distribución normal, se pueden ver corroborados con los gráficos Q-Q en los que no tienden a formar línea recta, y los de cajas y bigotes en donde se aprecia asimetría y en algunas variables la existencia datos atípicos. (Graficas 2-28 y 31).

En el grupo de baja resiliencia las variables total familismo y total religiosidad, obtuvieron un valor de p mayor a 0,05 por lo que no se rechaza en estas dos variables en el grupo en mención la hipótesis nula de distribución normal, sin embargo, como la mayoría de las variables no tuvieron distribución normal tanto en la población general como en el grupo de comparación y en los gráficos Q-Q y los de cajas y bigotes presentaron características de asimetría en ambas y datos atípicos en la variable total familismo (Graficas 29 y 30), se decidió utilizar como medida de tendencia central para todas las variables cuantitativa la mediana, con su rango intercuartil como medida de dispersión, teniendo en cuenta que esta

medida es mejor que la media por que es robusta y no se deja afectar por valores extremos atípicos.

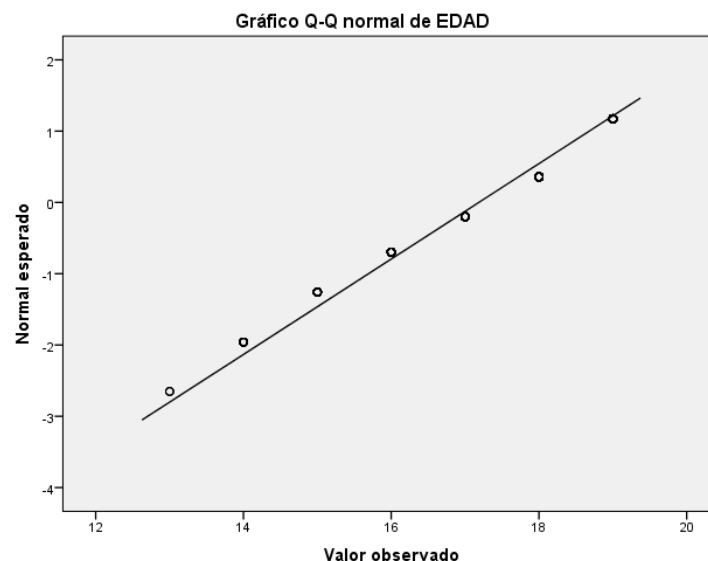
**Evaluación de la distribución de normalidad de las variables cuantitativas en el total de gestantes adolescentes:**

<b>TABLA 29 PRUEBA DE NORMALIDAD PARA VARIABLES CUANTITATIVAS EN EL TOTAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>KOLMOGOROV-SMIRNOV</b>	<b>P-VALOR</b>	<b>DISTRIBUCION NORMAL</b>
<b>Edad</b>	0,188	<0,001	No
<b>Semana gestacional</b>	0,145	<0,001	No
<b>Numero de ecografías</b>	0,166	<0,001	No
<b>Edad del compañero</b>	0,174	<0,001	No
<b>Total Rosenberg</b>	0,187	<0,001	No
<b>Total felicidad subjetiva</b>	0,277	<0,001	No
<b>Total resiliencia</b>	0,157	<0,001	No
<b>Total familismo</b>	0,150	<0,001	No
<b>Total religiosidad</b>	0,140	<0,001	No
<b>Total SPS</b>	0,123	<0,001	No

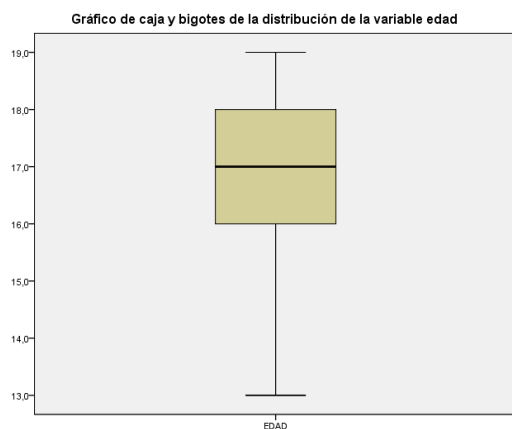
Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de autoestima de Rosenberg, escala de felicidad subjetiva, escala de resiliencia de Wagnild y Young, escala de familismo de Bardis, escala de religiosidad Age Universal I-E 12, escala de perspectiva espiritual.

## **GRAFICA 2 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE EDAD EN EL TOTAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES**

**2a**



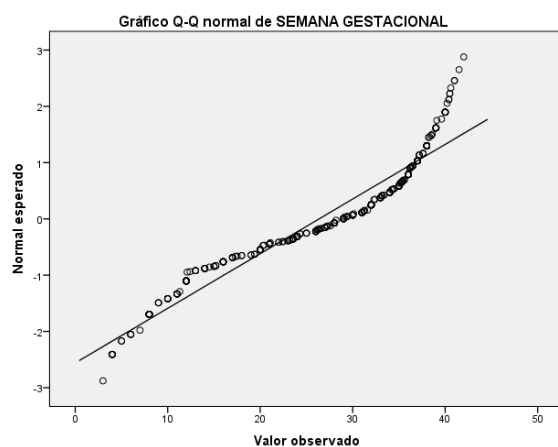
2b



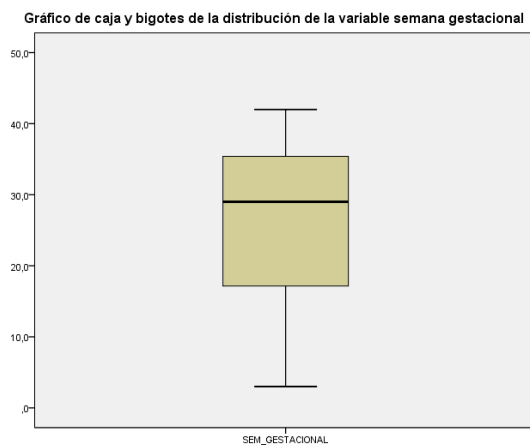
Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

### GRAFICA 3 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE SEMANA GESTACIONAL EN EL TOTAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

3a



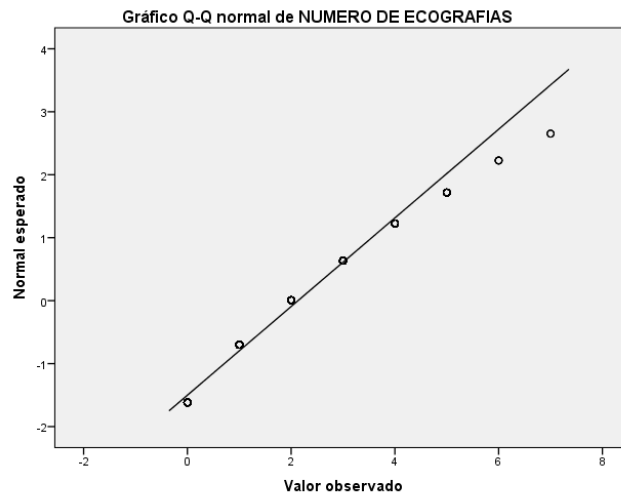
3b



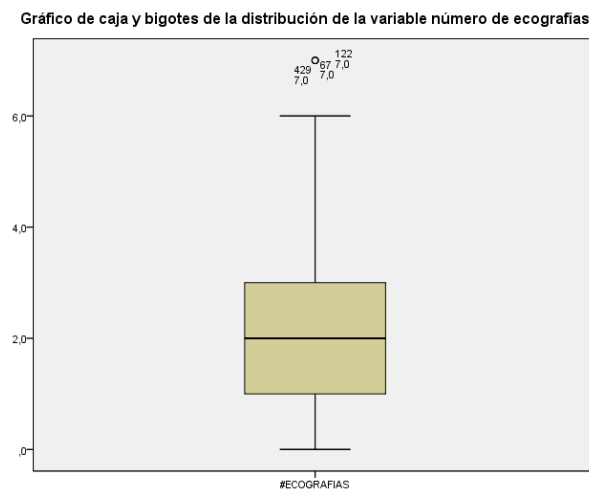
Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

## GRAFICA 4 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE NÚMERO DE ECOGRAFÍAS EN EL TOTAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

4a



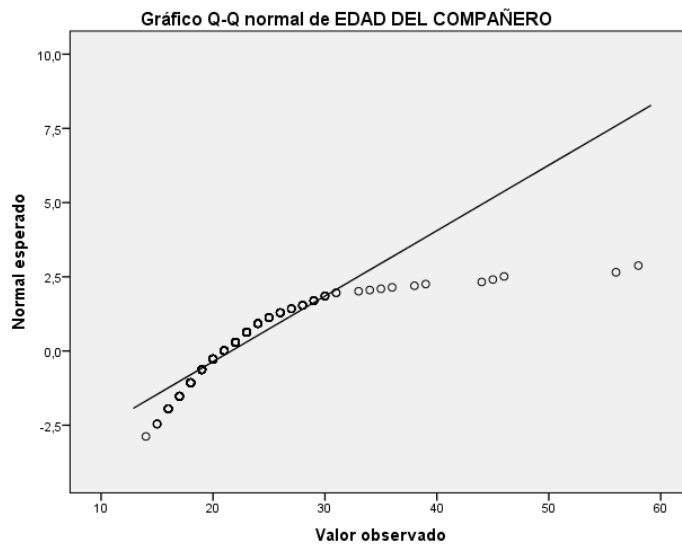
4b



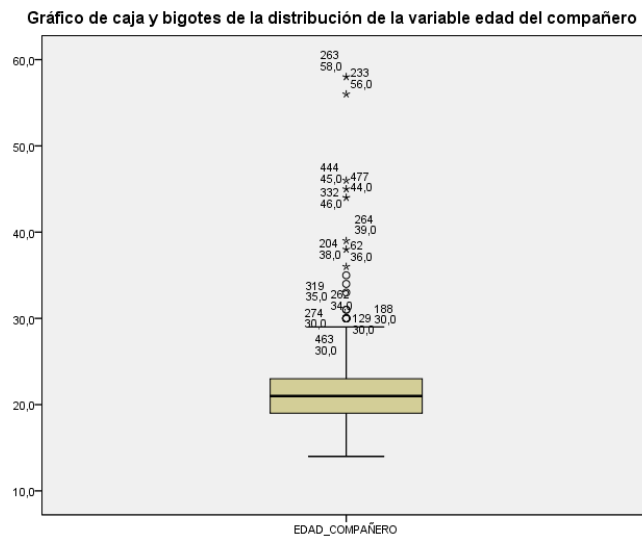
Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

## GRAFICA 5 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE EDAD DEL COMPAÑERO EN EL TOTAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

5a



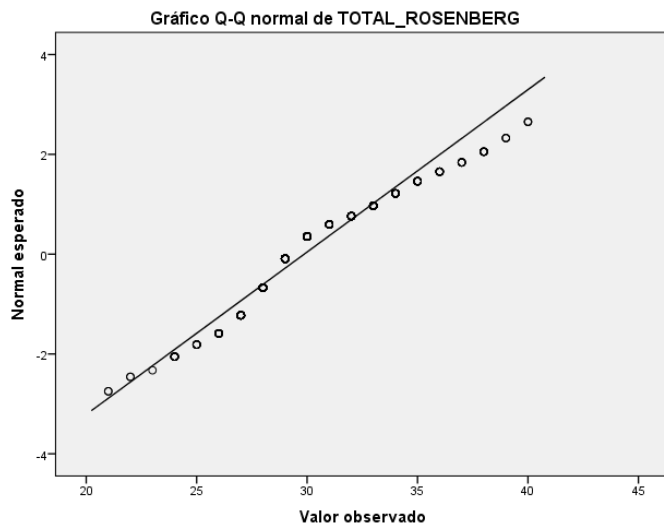
5b



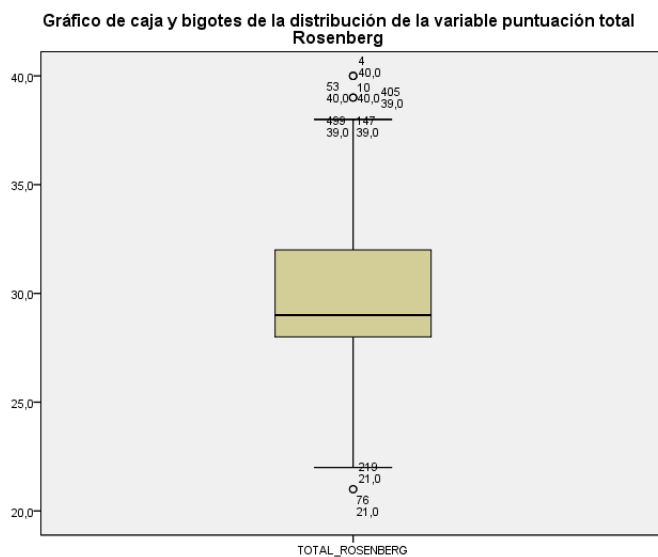
Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

## GRAFICA 6 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG EN EL TOTAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

6a



6b

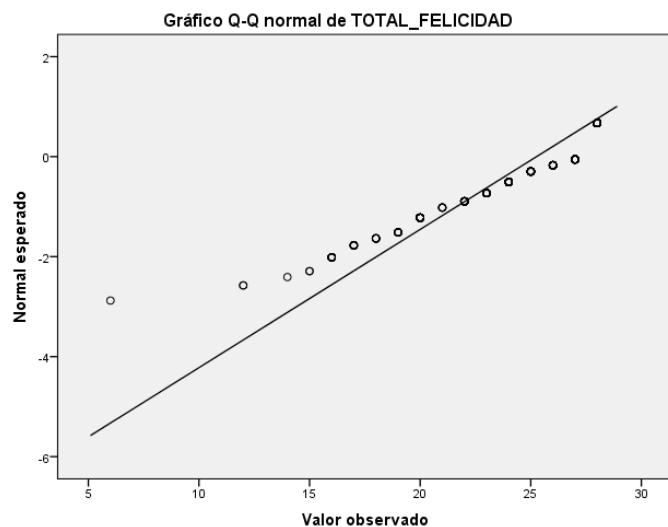


Fuente: Escala de autoestima de Rosenberg.

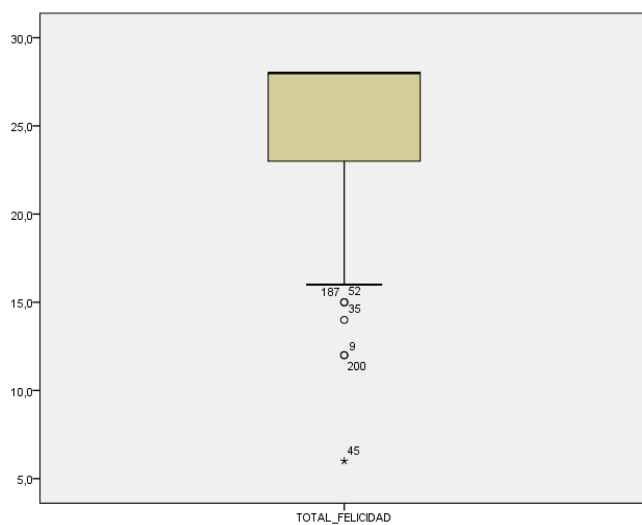


## GRAFICA 7 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACION TOTAL DE LA ESCALA DE FELICIDAD SUBJETIVA EN EL TOTAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

7a



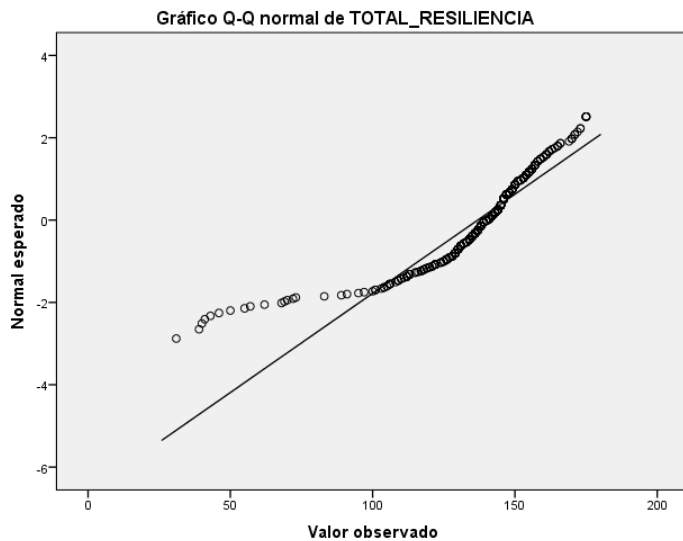
7b



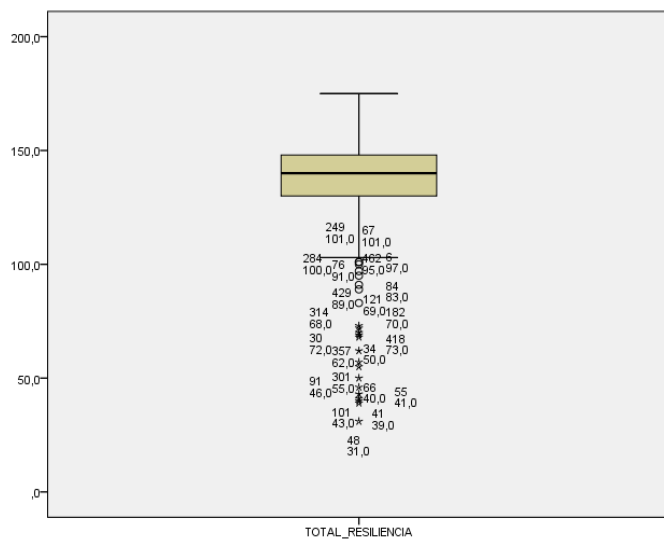
Fuente: Escala de felicidad subjetiva.

## GRAFICA 8 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACION TOTAL DE LA ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG EN EL TOTAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

8a

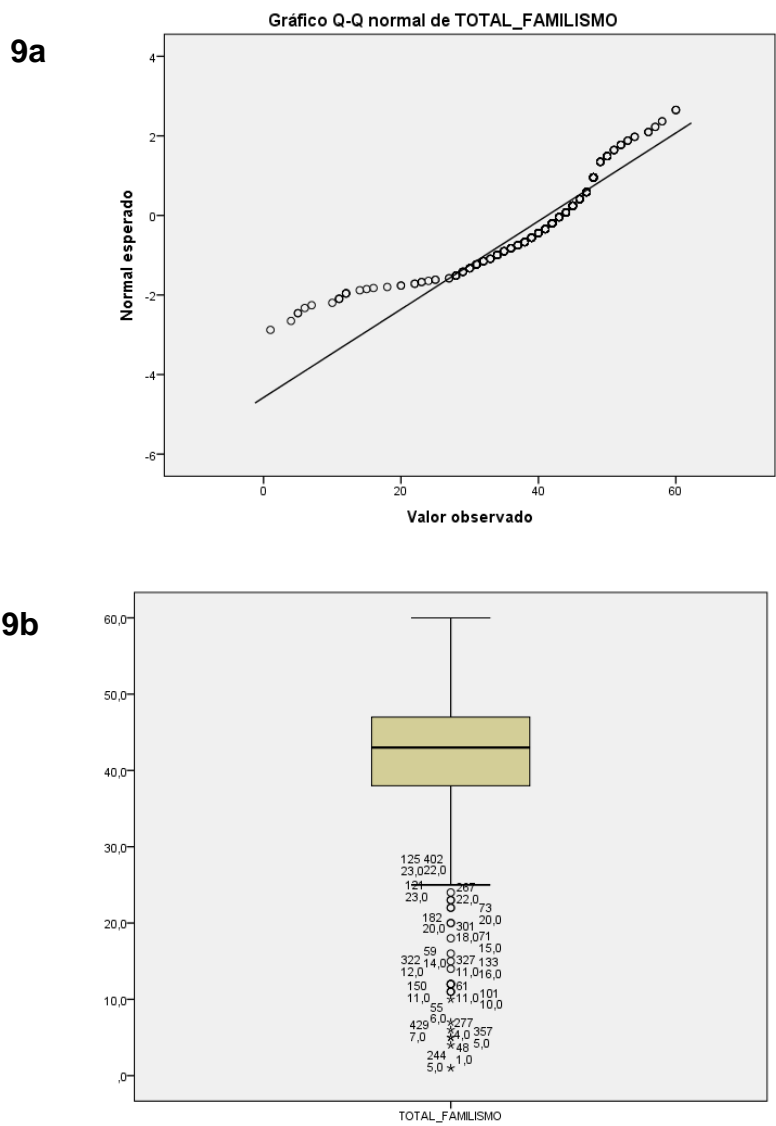


8b



Fuente: Escala de resiliencia de Wagnild y Young.

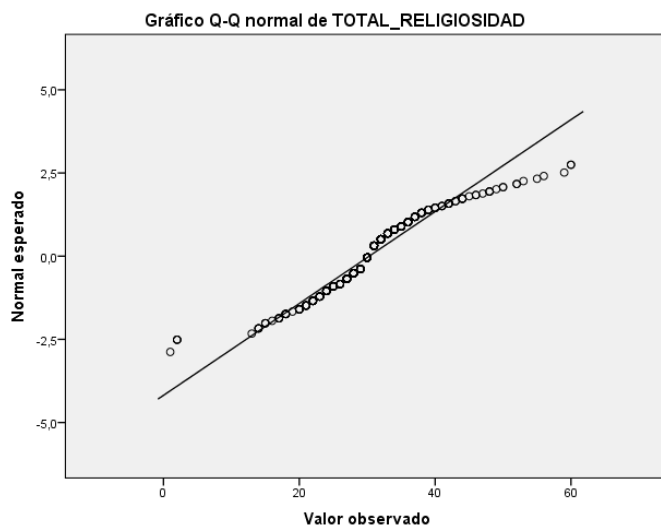
# **GRAFICA 9 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACION TOTAL DE LA ESCALA DE FAMILISMO DE BARDIS EN EL TOTAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES**



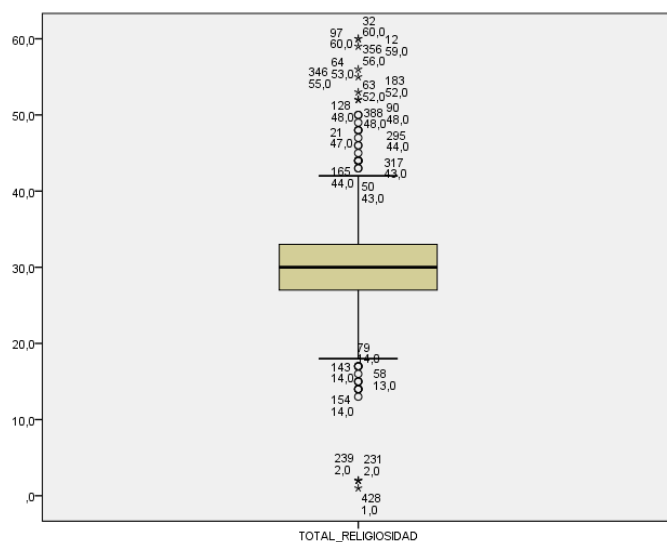
Fuente: Escala de familismo de Bardis.

## GRAFICA 10 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE RELIGIOSIDAD AGE UNIVERSAL" I-E-12 EN EL TOTAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

10a



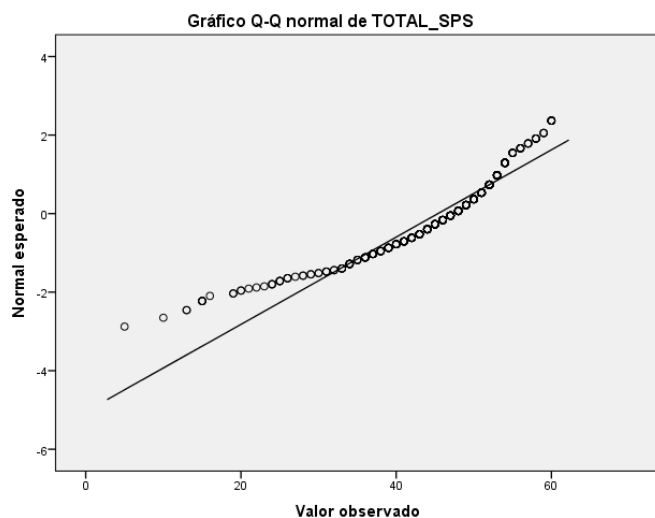
10b



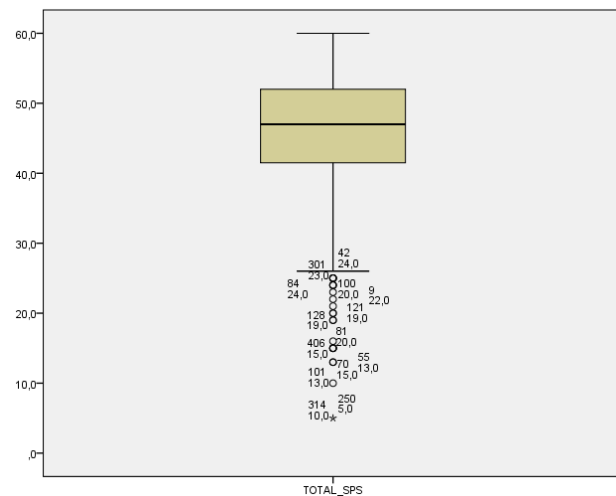
Fuente: Escala de religiosidad Age Universal I-E 12.

# **GRAFICA 11 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACION TOTAL DE LA ESCALA DE PERSPECTIVA ESPIRITUAL (SPS) EN EL TOTAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES**

**11a**



**11b**



Fuente: Escala de perspectiva espiritual.

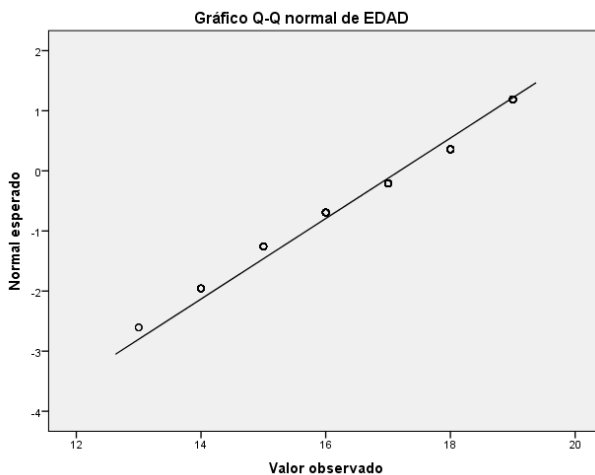
**Evaluación de la distribución de normalidad de las variables cuantitativas en adolescentes con alta/moderada resiliencia:**

<b>TABLA 30 PRUEBA DE NORMALIDAD PARA VARIABLES CUANTITATIVAS EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON ALTA/MODERADA RESILIENCIA</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>KOLMOGOROV-SMIRNOV</b>	<b>P-VALOR</b>	<b>DISTRIBUCION NORMAL</b>
<b>Edad</b>	0,195	<0,001	No
<b>Semana gestacional</b>	0,129	<0,001	No
<b>Numero de ecografías</b>	0,171	<0,001	No
<b>Edad del compañero</b>	0,183	<0,001	No
<b>Total Rosenberg</b>	0,200	<0,001	No
<b>Total felicidad subjetiva</b>	0,289	<0,001	No
<b>Total resiliencia</b>	0,072	<0,001	No
<b>Total familismo</b>	0,148	<0,001	No
<b>Total religiosidad</b>	0,152	<0,001	No
<b>Total SPS</b>	0,124	<0,001	No

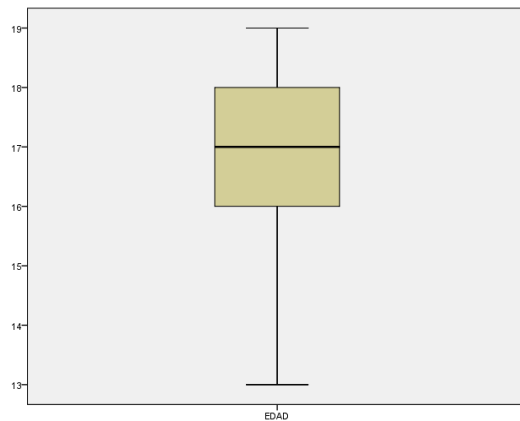
Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de autoestima de Rosenberg, escala de felicidad subjetiva, escala de resiliencia de Wagnild y Young, escala de familismo de Bardis, escala de religiosidad Age Universal I-E 12, escala de perspectiva espiritual.

**GRAFICA 12 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE EDAD EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL RESILIENCIA ALTA/MODERADA**

**12a**



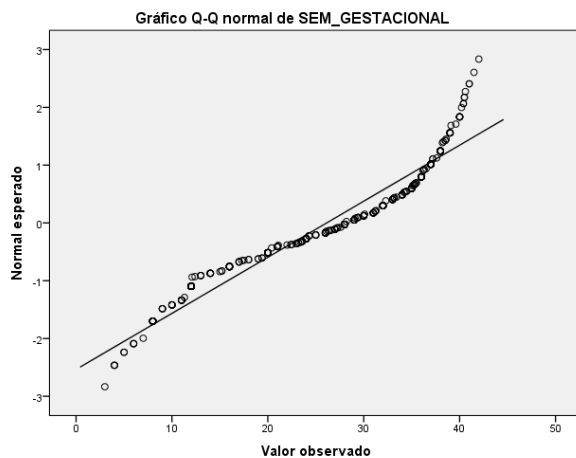
12b



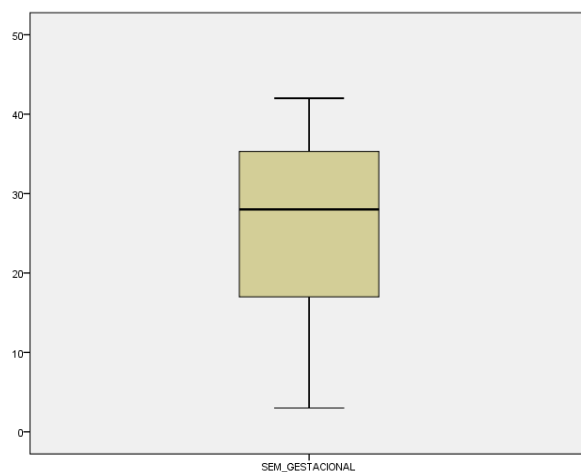
Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

### GRAFICA 13 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE SEMANA GESTACIONAL EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL RESILIENCIA ALTA/MODERADA

13a



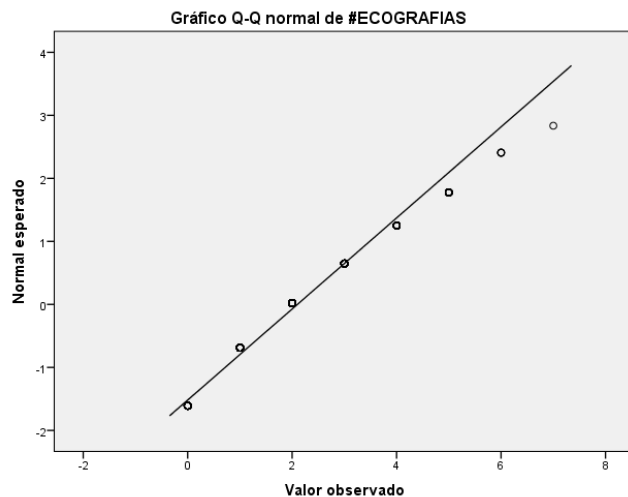
13b



Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

# **GRAFICA 14 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE NÚMERO DE ECOGRAFÍAS EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL RESILIENCIA ALTA/MODERADA**

**14a**



**14b**

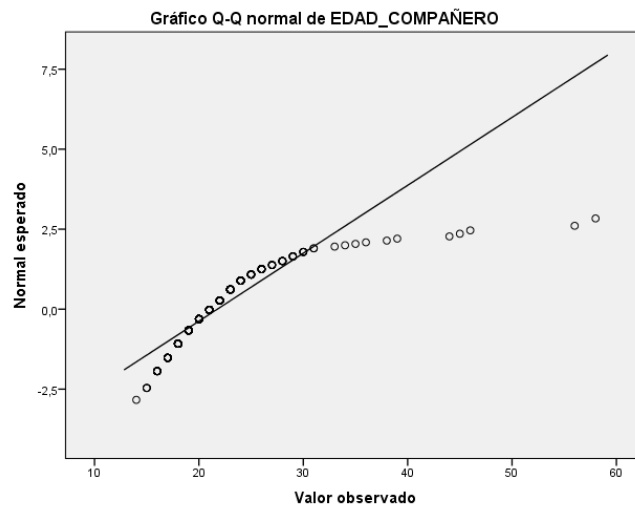


Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

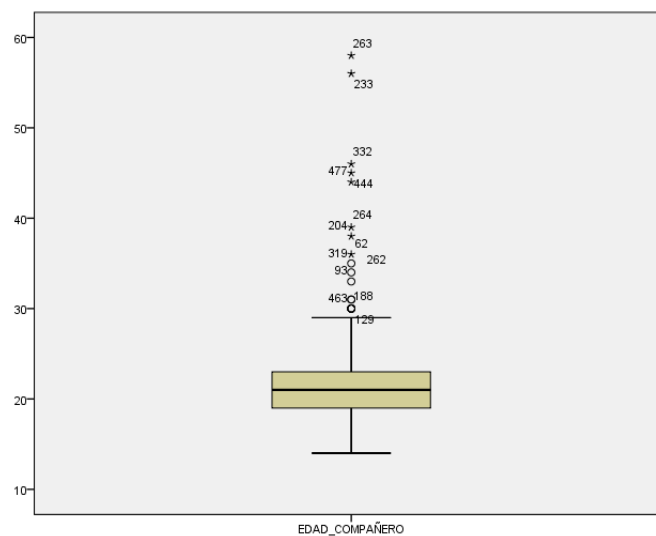


## GRAFICA 15 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE EDAD DEL COMPAÑERO EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL RESILIENCIA ALTA/MODERADA

15a



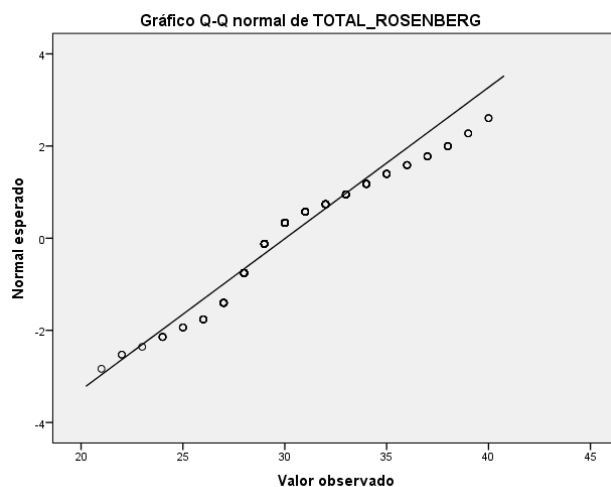
15b



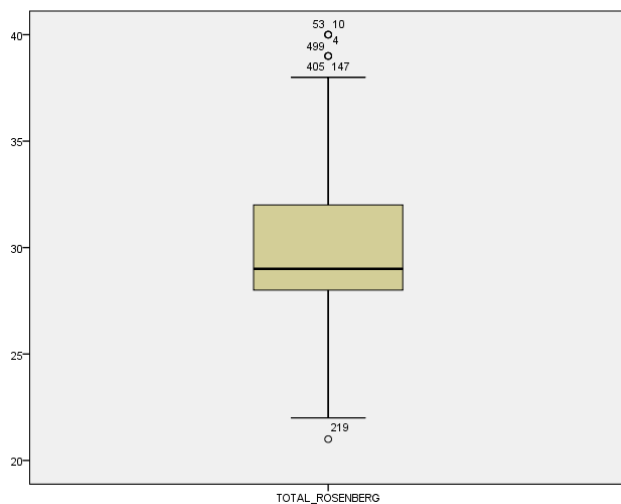
Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

## GRAFICA 16 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL RESILIENCIA ALTA/MODERADA

16a



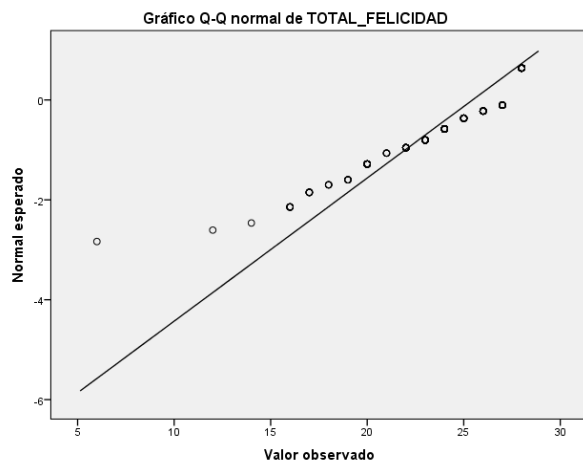
16b



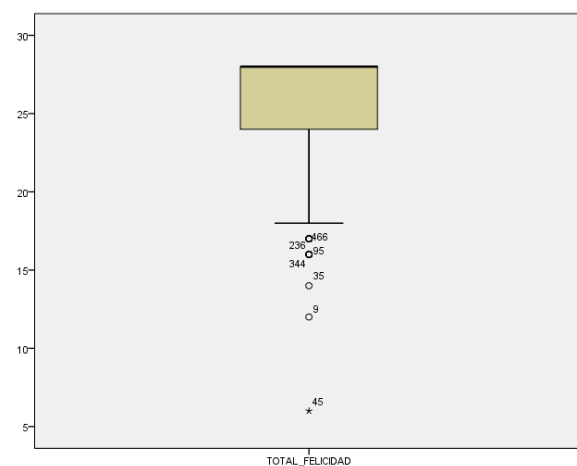
Fuente: Escala de autoestima de Rosenberg.

## GRAFICA 17 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACION TOTAL DE LA ESCALA DE FELICIDAD SUBJETIVA EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL RESILIENCIA ALTA/MODERADA

17a



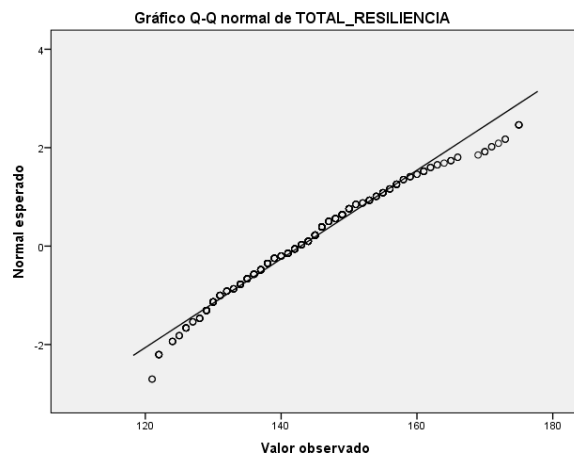
17b



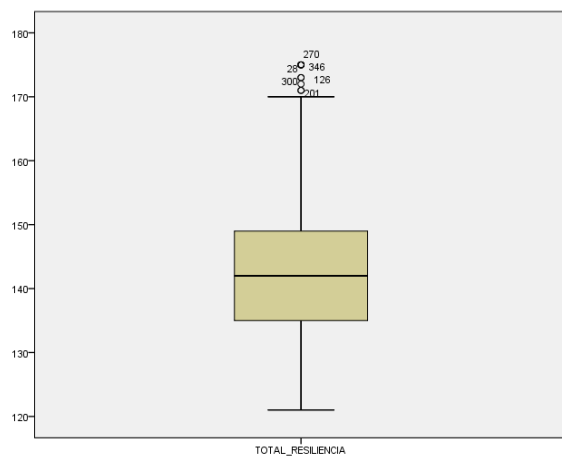
Fuente: Escala de felicidad subjetiva.

# **GRAFICA 18 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACION TOTAL DE LA ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL RESILIENCIA ALTA/MODERADA**

**18a**



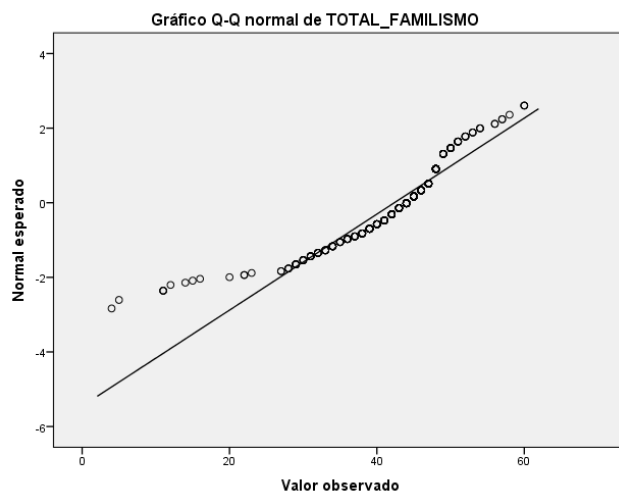
**18b**



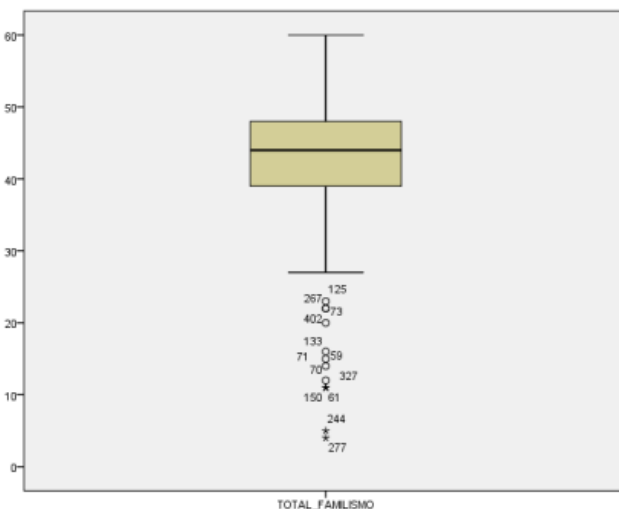
Fuente: Escala de resiliencia de Wagnild y Young.

## GRAFICA 19 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACION TOTAL DE LA ESCALA DE FAMILISMO DE BARDIS EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL RESILIENCIA ALTA/MODERADA

19a



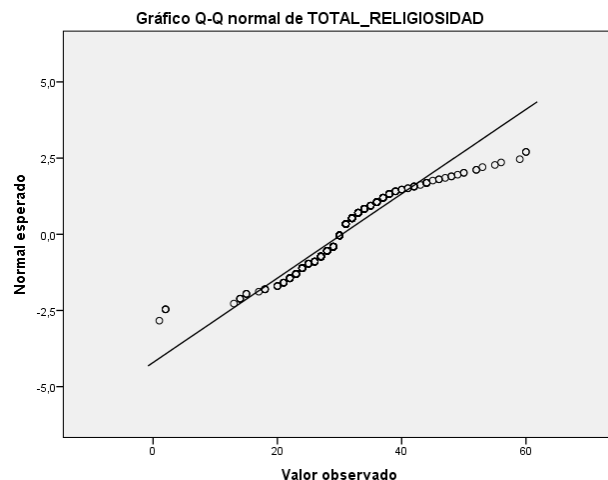
19b



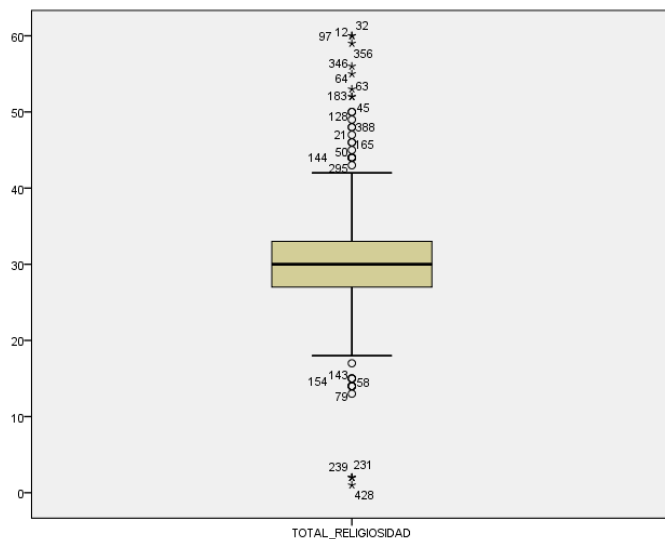
Fuente: Escala de familismo de Bardis.

## GRAFICA 20 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE RELIGIOSIDAD AGE UNIVERSAL" I-E-12 EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL RESILIENCIA ALTA/MODERADA

20a



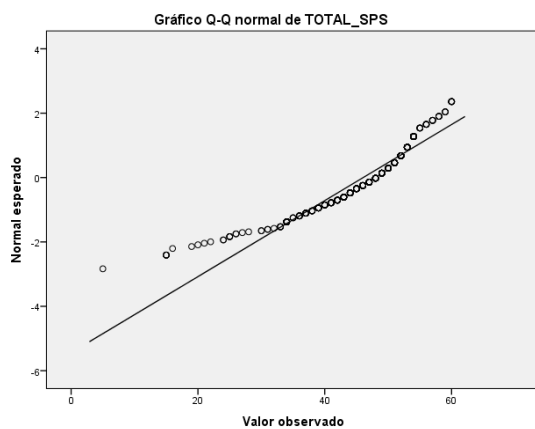
20b



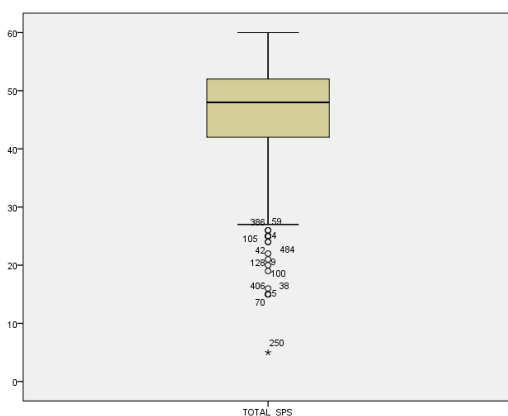
Fuente: Escala de religiosidad Age Universal I-E 12.

## GRAFICA 21 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACION TOTAL DE LA ESCALA DE PERSPECTIVA ESPIRITUAL (SPS) EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL RESILIENCIA ALTA/MODERADA

21a



21b



Fuente: Escala de perspectiva espiritual.

**Evaluación de la distribución de normalidad de las variables cuantitativas en adolescentes con baja resiliencia:**

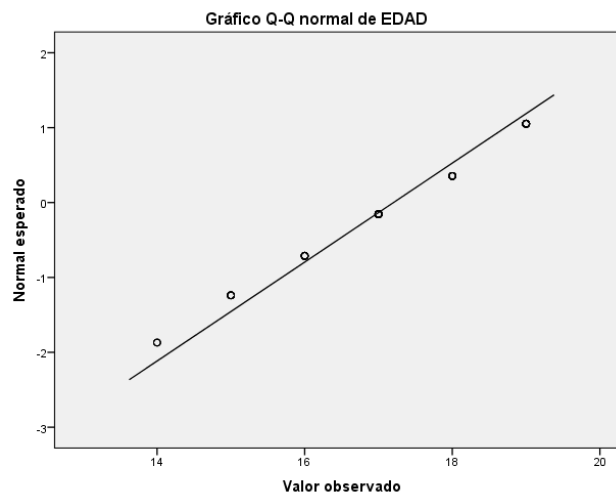
TABLA 31 PRUEBA DE NORMALIDAD PARA VARIABLES CUANTITATIVAS EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON BAJA RESILIENCIA			
VARIABLE	KOLMOGOROV-SMIRNOV	P-VALOR	DISTRIBUCION NORMAL
Edad	0,164	<0,001	No
Semana gestacional	0,249	<0,001	No
Numero de ecografías	0,185	<0,001	No
Edad del compañero	0,152	0,001	No
Total Rosenberg	0,112	0,045	No

<b>Total felicidad subjetiva</b>	0,194	<0,001	No
<b>Total resiliencia</b>	0,243	<0,001	No
<b>Total familismo</b>	0,110	0,054	SI
<b>Total religiosidad</b>	0,098	0,200	SI
<b>Total SPS</b>	0,134	0,006	No

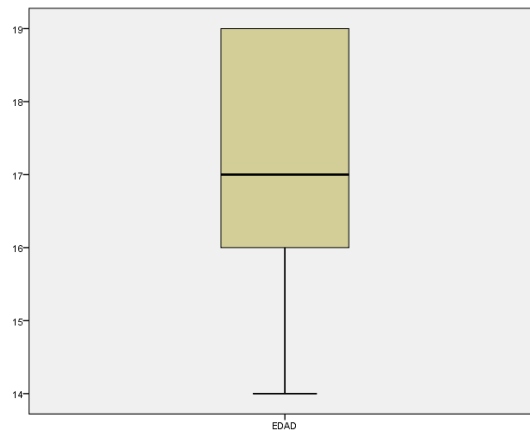
Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de autoestima de Rosenberg, escala de felicidad subjetiva, escala de resiliencia de Wagnild y Young, escala de familismo de Bardis, escala de religiosidad Age Universal I-E 12, escala de perspectiva espiritual.

## GRAFICA 22 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE EDAD EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL DE RESILIENCIA BAJA

22a



22b

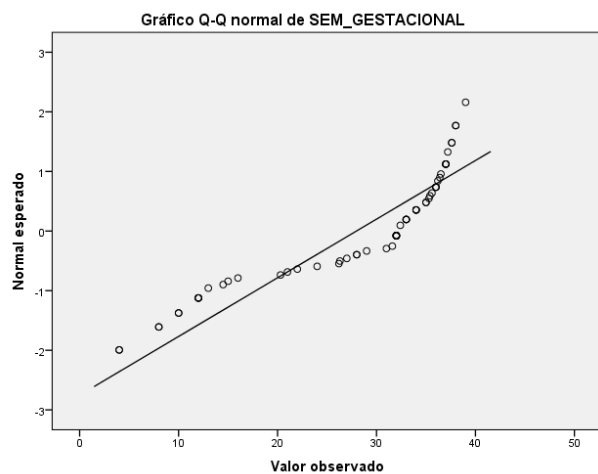


Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

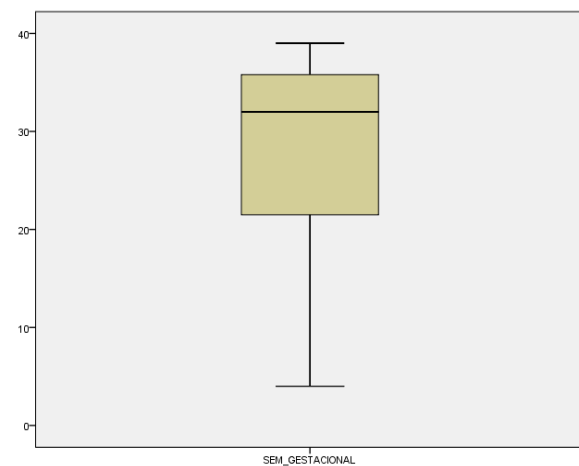


## GRAFICA 23 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE SEMANA GESTACIONAL EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL DE RESILIENCIA BAJA

23a



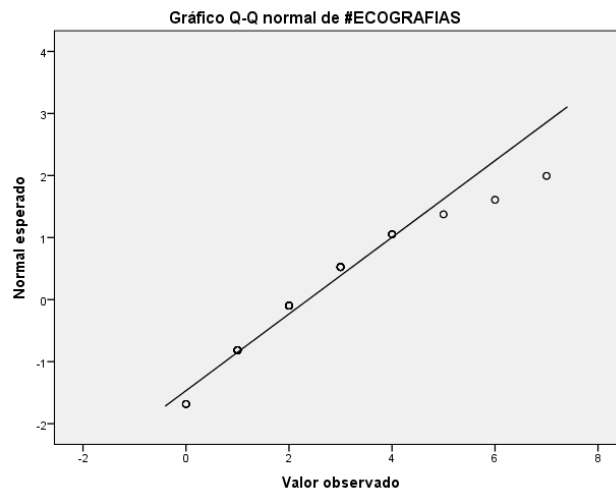
23b



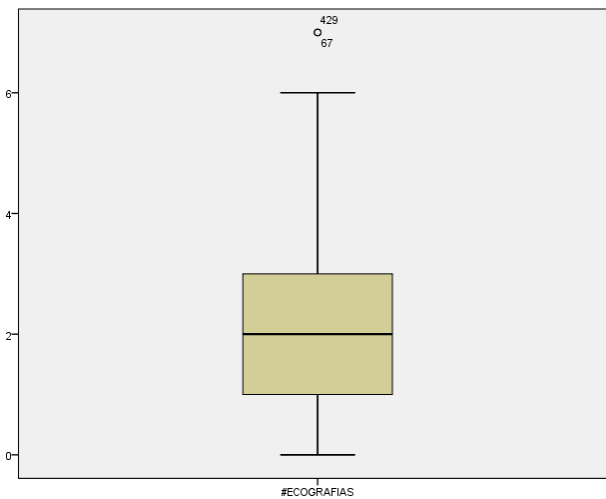
Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

## GRAFICA 24 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE NÚMERO DE ECOGRAFÍAS EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL DE RESILIENCIA BAJA

24a



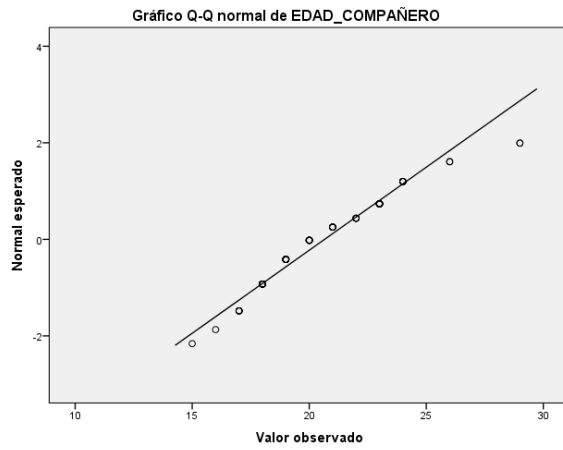
24b



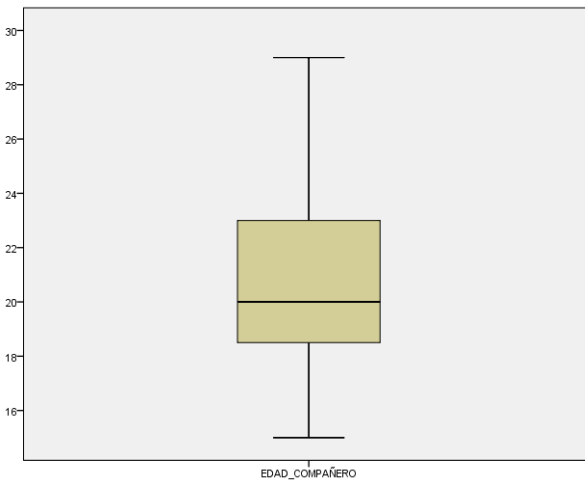
Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

## GRAFICA 25 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE EDAD DEL COMPAÑERO EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL DE RESILIENCIA BAJA

25a



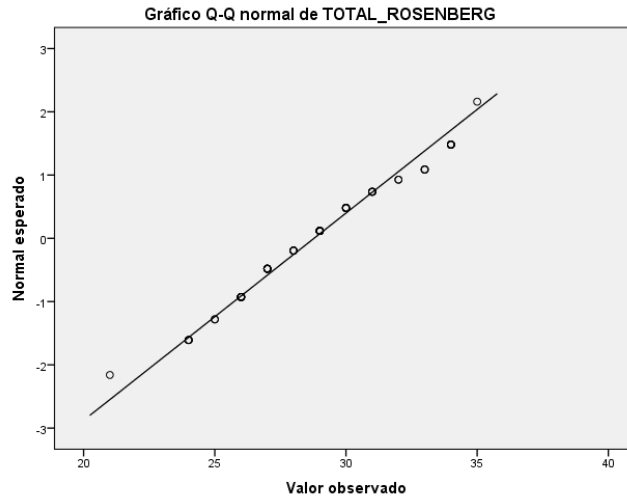
25b



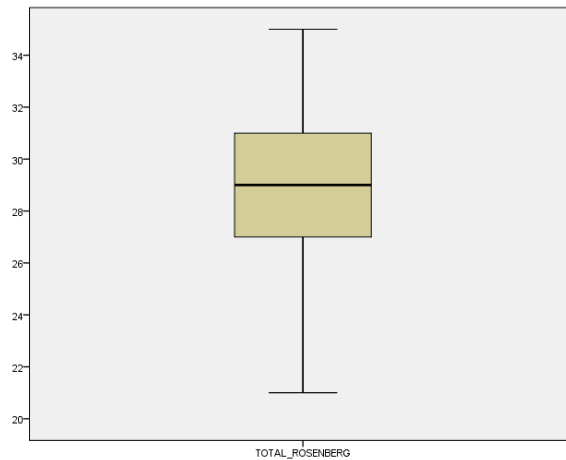
Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

## GRAFICA 26 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL DE RESILIENCIA BAJA

26a



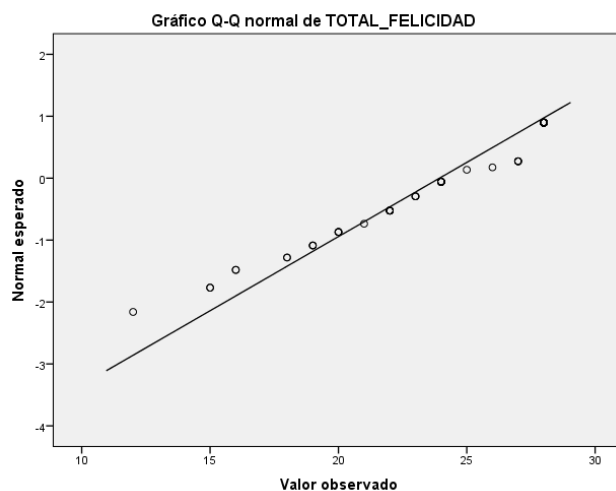
26b



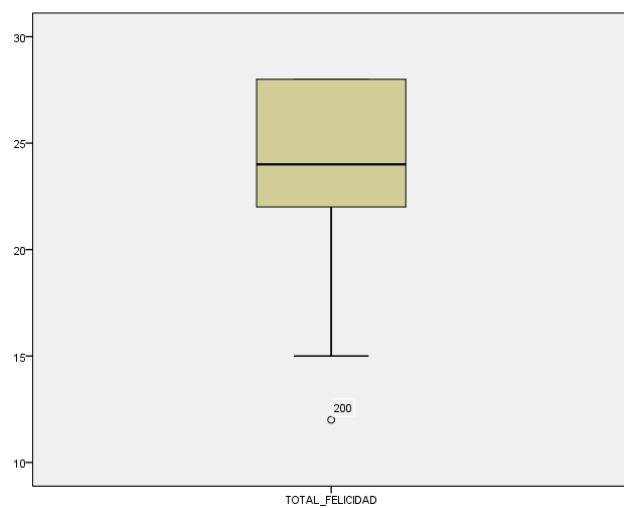
Fuente: Escala de autoestima de Rosenberg.

## GRAFICA 27 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACION TOTAL DE LA ESCALA DE FELICIDAD SUBJETIVA EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL DE RESILIENCIA BAJA

27a



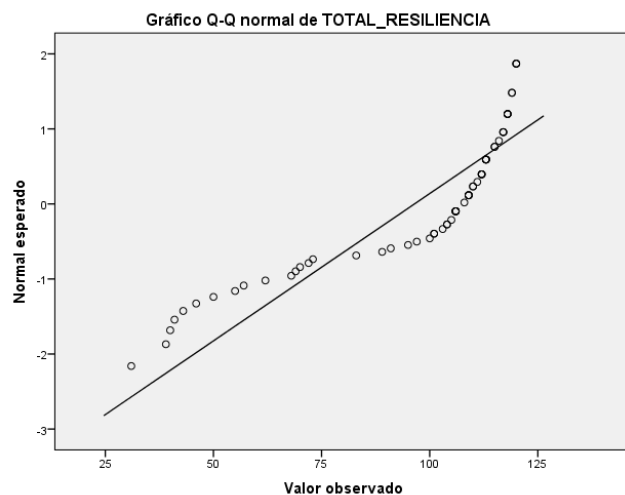
27b



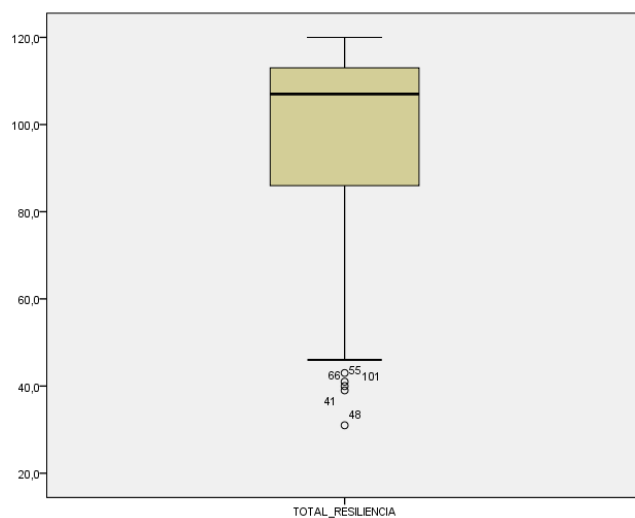
Fuente: Escala de felicidad subjetiva.

## GRAFICA 28 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACION TOTAL DE LA ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL DE RESILIENCIA BAJA

**28a**



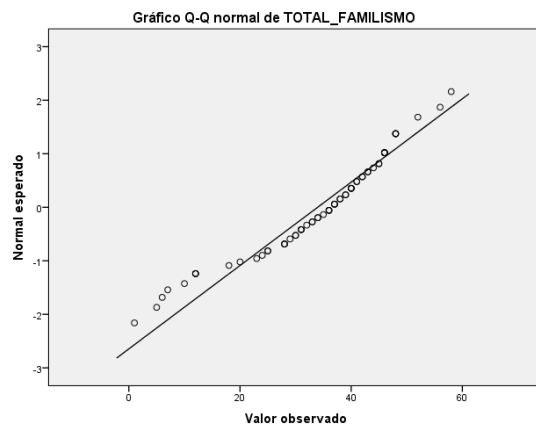
**28b**



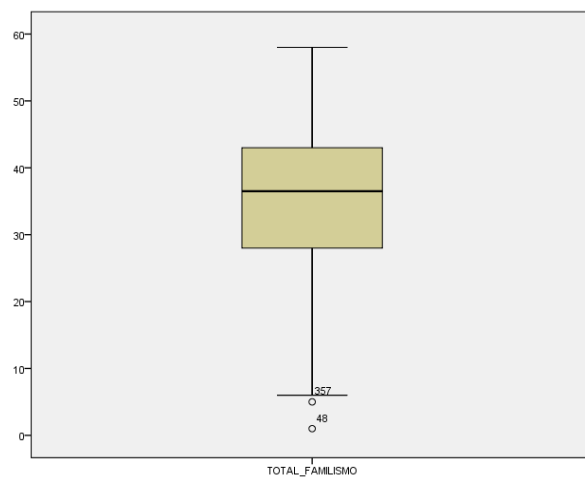
Fuente: Escala de resiliencia de Wagnild y Young.

## GRAFICA 29 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACION TOTAL DE LA ESCALA DE FAMILISMO DE BARDIS EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL DE RESILIENCIA BAJA

29a



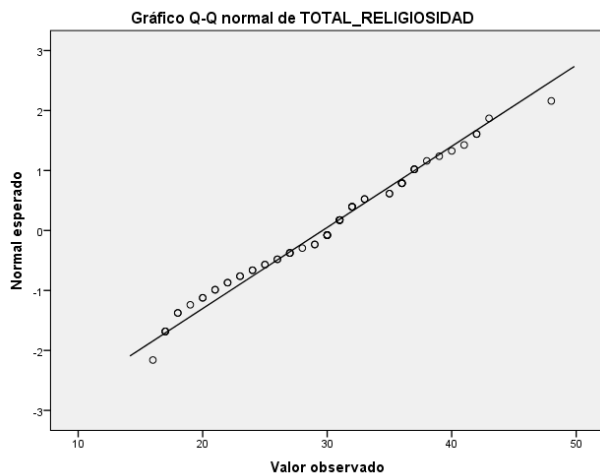
29b



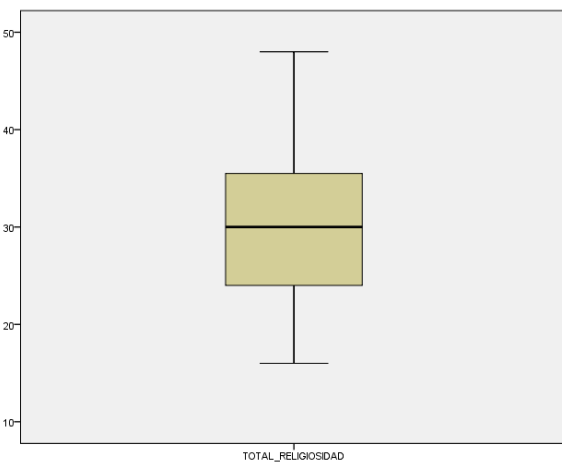
Fuente: Escala de familismo de Bardis.

### GRAFICA 30 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE RELIGIOSIDAD AGE UNIVERSAL" I-E-12 EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL DE RESILIENCIA BAJA

**30a**



**30b**

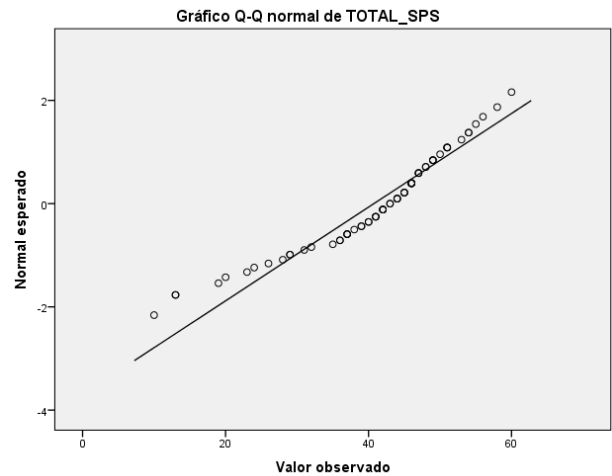


Fuente: Escala de religiosidad Age Universal I-E 12.

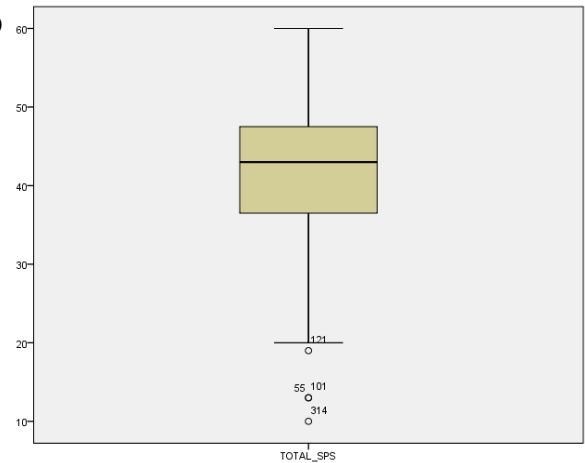


**GRAFICA 31 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACION TOTAL DE LA ESCALA DE PERSPECTIVA ESPIRITUAL (SPS) EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL DE RESILIENCIA BAJA**

**31a**



**31b**



Fuente: Escala de perspectiva espiritual.

## DISCUSIÓN

En este estudio se obtuvo una mediana de edad de 17 años, y no hubo diferencia significativa en la presencia de nivel de resiliencia bajo de acuerdo a la etapa de la adolescencia, por su parte la media de edad en gestantes adolescentes en el estudio de Wilson-Mitchell y col. fue de 15,6 años (10) y en el de Feldman fue de 16,1 años (166). En el estudio de Brigido y col. en una muestra de adolescentes de ambos sexos de dos colegios en Sao Paulo obtuvieron una media de edad de 15 años y no fue significativamente diferente la puntuación de la resiliencia en función a la edad [ $F(3,87)=0,291$ ;  $P=0,832$ ] (25). Por su parte Majul y col. en adolescentes de secundaria en Maipú-Mendoza/Argentina, también de ambos sexo encontraron una mediana de edad de 17 años y una correlación positiva significativa entre el nivel de resiliencia y la edad ( $Rho=0,334$ ,  $p=0,002$ ) (163). En el estudio de Salazar y col. realizado en embarazadas adolescentes y adultas, en general la media de edad fue de 20 años y en el grupo de adolescentes 17,2 años, encontraron que las gestantes adolescentes tienen menor resiliencia que las adultas y un mayor porcentaje de las adolescentes tenían puntuaciones totales en la escala de resiliencia por debajo de la media que fue 82, con respecto a las no adolescentes (52,3% frente a 41,1% respectivamente,  $p=0,04$ ) (5).

El 72,5% de las gestantes adolescentes estudiadas eran de procedencia urbana, 97,4% eran de estrato bajo-bajo y 2,6% de estrato bajo, no encontrándose diferencias significativas en la presencia de nivel de resiliencia bajo en cuanto a procedencia y estrato socioeconómico, cabe señalar que no hubo ninguna participante perteneciente a estrato socioeconómico alto. Por su parte Morales y Díaz encontraron diferencia en el nivel de resiliencia de acuerdo a la procedencia siendo más alta en aquellos cuyos lugares donde viven generan más oportunidad económica (27). Brigido y col. muestran que la puntuación de la resiliencia no fue significativamente diferente en función ingreso familiar [ $F(4,86)=1,090$ ;  $P=0,367$ ] (25), al igual que Palomar y Gómez en jóvenes mexicanos entre 18 y 25 años de

ambos sexos en quienes no encontraron diferencias significativas en la resiliencia de acuerdo a ingresos económicos (41). Por el contrario Gómez-Azcarate y col. en su estudio en México con adolescentes de ambos sexos, al comparar la resiliencia entre tres grupos de marginación, encontraron diferencias significativas entre la resiliencia de los jóvenes del nivel bajo y medio ( $t = 2.56, p < .05$ ) y entre el nivel bajo y alto de marginación ( $t = 2.52, p < .05$ ) (36). Quiceno y col. en enfermos crónicos de la ciudad de Medellín, resaltan que no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de resiliencia en función al estrato socio- económico colombiano (bajo, medio y alto) ( $p=0,822$ ) (43). Álvarez y Cáceres en Bucaramanga realizaron un estudio en estudiantes universitarios en los que encontraron una correlación positiva débil (0.308) entre estrato socioeconómico y resiliencia (44).

En este estudio 96,8% de las participantes eran mestizas, sólo 3,2% fueron negras y la presencia de nivel de resiliencia baja fue mayor en negras que en mestizas siendo significativo. Diferente a lo que se esperaría teniendo en cuenta el comportamiento de esta población a través de la historia reportado en la literatura, que la describe como una población una alta capacidad de resiliencia (31, 80-82).

En cuanto a la escolaridad en las gestantes adolescentes estudiadas solo 8,6% tenían educación superior, 44,7% educación media, 42,9% básica secundaria y 3,8 básica primaria, y no hubo diferencia significativa en presentar nivel de resiliencia baja de acuerdo al nivel de estudio. Al igual que Palomar y Gómez en jóvenes en quienes no encontraron diferencias significativas en la resiliencia de acuerdo a la escolaridad, en su estudio la escolaridad va de primaria a licenciatura con una moda de preparatoria, observándose que el 23% tenía una escolaridad de licenciatura, el 64,5%, preparatoria, el 11,5%, secundaria y solamente el 5% tenía primaria (41). En una población de adolescentes mexicanos estudiada por Morales y Díaz, habían más adolescentes en nivel superior 30%, en nivel medio superior habían 39,4%, habían menos con estudios de secundaria (22,7%) en comparación con el presente estudio y en menor porcentaje, el 7,9% con nivel primaria, el cual

fue más alto que el que se encontró en el actual estudio, además estos autores si encontraron diferencias en el nivel de resiliencia, observándolas en tres de los cinco factores que la conforman como es fortaleza y confianza en sí mismo [ $F(3,750) = 7.622$ ;  $p = .000$ ], competencia social [ $F(3, 762) = 4.282$ ;  $p = .005$ ] y apoyo social [ $F(3, 667) = 3.690$ ;  $p = .012$ ], así, los adolescentes con nivel medio-superior tienen mejor fortaleza y confianza en sí mismos, competencia social y apoyo social, seguidos de los del nivel superior, por el contrario los de primaria y secundaria tienen menos desempeño en estos tres factores (27). Así mismo Álvarez y col. en México, encontraron en su estudio en adolescentes, diferencia significativa de la resiliencia de acuerdo al grado escolar, siendo mayor la puntuación media de la resiliencia en los que cursaban mayor grado en la escuela ( $H = 12.10$ ,  $p < 0,05$ ) (38). En Lima, Lam y col. en gestantes adultas reportan que el 4,7% tenían nivel de estudio primaria, 54,8% secundaria y 40,5% superior, y la puntuación media de la escala de resiliencia fue mayor a medida que se aumentaba el nivel académico, siendo más alta en las que tenían nivel superior, ( $p < 0,05$ ) (42).

En cuanto a la ocupación, 69,1% indicaron no hacer nada, 27,5% estudiaban, 1,4% trabajan, 2% estudiaban y trabajaban en el momento de la encuesta, no hubo diferencia significativa en el nivel de resiliencia con respecto a su ocupación. Por su parte Brigido y col. encontraron que de los estudiantes de secundaria de su estudio 87% no trabajaba, y que la puntuación en la resiliencia no fue significativamente diferente en función a si trabajaban o no [ $T(89) = -0,119$ ;  $P = 0,906$ ] (25). Así mismo Palomar y Gómez en jóvenes no encontraron diferencias significativas en la resiliencia de acuerdo a la ocupación, en su estudio el 47% de los casos eran estudiantes, el 36%, empleados, el 7.8% trabajaba por su cuenta y el 6% eran desempleados (41). También Lam y col. no encontraron diferencias en la resiliencia de acuerdo a trabajar o no ( $p > 0,05$ ) (42). Quiceno y col. no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de resiliencia en función a la ocupación ( $p = 0,916$ ) (43).

En este estudio el 37,9% refirieron asistir a alguna iglesia regularmente, la mediana de la puntuación en la escala de religiosidad fue de 30 puntos y en la escala de espiritualidad 47 puntos, no se observó diferencia significativa en la frecuencia de nivel de resiliencia baja de acuerdo a si asistían o no a una iglesia regularmente y no hubo diferencia en la puntuación de la escala de religiosidad entre la que tenían o no baja resiliencia, por el contrario la puntuación de la escala de espiritualidad si presento diferencia significativa, siendo más baja en las mujeres que presentaron nivel de resiliencia baja. Jarmillo y col. en mujeres entre 16 y 72 años maltratadas de Medellín, encontraron que un 98,9% de las entrevistadas manifestaron tener alguna filiación religiosa, muy por encima de lo encontrado en este estudio (28). También, Duckett en embarazadas adolescentes afroamericanas en EEUU, encontró que el 50% de las que estudiaron se identificaban como cristianas, participaban activamente en las actividades religiosas y consideraban que la religión les había ayudado en los momentos difíciles (31).

La mediana de la edad gestacional fue de 29 semanas y 56,7% de las adolescentes gestantes estaban en tercer trimestre, fue mayor el porcentaje de nivel de resiliencia bajo en las gestantes de tercer trimestre. Boukydis en dos estudios sobre consulta ecográfica y su influencia con el apego al embarazo y la resiliencia, encontró una media de edad gestacional de 24 semanas en uno y en el otro de 19.7 semanas (32). Y la media de edad gestacional encontrada por Ulloque y col. en gestantes adolescentes cartageneras en el 2015 fue de 26,8 semanas (144).

En relación con el control prenatal, 93% lo tenían, y 60,3% lo iniciaron en el primer trimestre, 28,7% en el segundo trimestre, 5% en el tercer trimestre y sólo 6% no tenían control prenatal en el momento de ser encuestada, no hubo diferencia significativa en el nivel de resiliencia de acuerdo a esas variables. Lam y col. reportan que 73,4% iniciaron control prenatal en primer trimestre, 21,4% en el segundo y el 5,2% en el tercero y al igual que en el presente estudio no

observaron diferencias significativas en la puntuación media de la resiliencia de acuerdo al trimestre de inicio del control prenatal (136,51, 134,53 y 139,74 respectivamente,  $p > 0,05$ ) (42).

El 89,8% de las gestantes adolescentes estudiadas se habían realizado ecografías, y la mediana de ecografías fue de 2. 62,7% se habían realizado menos de 3 ecografías, sin presentar diferencias significativas del nivel de resiliencia en cuanto a realización y número de ecografías. Mientras que Boukydis reportó que tras las sesiones de la consulta ecográfica se disminuyeron los riesgos y aumentó la resiliencia de las participantes (32).

El 74,9% de las participantes de este estudio, no percibían su embarazo como de riesgo, mientras el 25.1% percibían tener un embarazo de riesgo; 26,7% presentaron patología durante el embarazo, no hubo diferencia significativa en el nivel de resiliencia con relación a considerar el embarazo como de riesgo o no, pero sí hubo diferencia entre las que presentaban alguna patología y las que no, con mayor porcentaje de bajo nivel de resiliencia en las gestantes que tuvieron patología. El estudio de Salazar y col. en gestantes adolescentes, encontró que el tener un parto prematuro (OR 3,0 IC95% 1,43-6,55;  $p = 0,004$ ) se relacionó con mayor riesgo de baja resiliencia (5).

La mediana de la escala de familismo de Bardis fue de 43 puntos y las que tuvieron nivel de resiliencia baja tenían una menor mediana de puntuación que las de resiliencia alta/moderada, siendo estadísticamente significativo. De igual forma Feldman y Pittman relacionan al familismo con mayor resiliencia en gestantes adolescente (110).

De acuerdo al tipo de familia en este estudio, 50,7% venían de una familia biparental, 40,3% de una familia monoparental y 9% nunca vivió con sus padres, sin presentar diferencia significativa en el nivel de resiliencia en cuanto al tipo de familia. 49,9% vivían con su compañero, no hubo diferencia significativa en el nivel de resiliencia con respecto a con quien vivían. Wilson-Mitchell y col. en su estudio

con embarazadas adolescentes reportan que 60% de estas cohabitaban con su madre, 13,3% con sus padres, 13,3% con su abuela, 6,7% con una tía, 3,3% con su hermano y 3,3% con otros (10). En el estudio de Lam y col. 81,1% compartía techo de vivienda con su pareja (casadas/convivientes), y al igual que en este estudio no hubo diferencia significativa entre la resiliencia en términos de promedio de la escala de acuerdo a con quien convivía ( $p>0,05$ ) (42). Álvarez y Cáceres encontraron que hubo mayor resiliencia en los que vivían con su familia que los que no ( $t$ : 21.83, 8.48 respectivamente.  $p<0.01$ ) (44). Quiceno y col. no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de resiliencia en función a con quien convive (43).

El 96,6% de las gestantes embarazadas de este estudio tenían apoyo de la familia, y las que no lo tuvieron presentaban más nivel de resiliencia baja siendo significativo. 52,3% tenía buena función familiar, y 47,7% presentaban disfunción familiar, se observó mayor porcentaje de resiliencia baja en las que provenían de una familia disfuncional siendo significativo. Duckett (South Orange/ EEUU, 2009), encontró relación entre mayor soporte de la familia y mayor capacidad de resiliencia en embarazadas adolescentes (31).

El 85,6% de las participantes de este estudio tenían compañero sentimental y 92,4% apoyo de este, sin diferencias significativas del nivel de resiliencia entre tener o no compañero y entre recibir o no el apoyo de estos. Wilson-Mitchell y col. observaron que el 60% de las adolescentes embarazadas que estudiaron tenían compañero al momento del estudio y el 28,6% no mantuvieron sus relación de pareja después del embarazo, el 67,9% informó que la relación continuó, y el 3,6% informó "a veces" estaban juntos (10). Palomar y Gómez en su estudio con jóvenes el 89.9% era soltero y sólo el 6.9% de la muestra estaba casado, también encontraron que existen diferencias estadísticamente significativas en dos factores de la resiliencia, de acuerdo con el estado civil, así, los individuos casados consideran que tienen una mayor fortaleza y confianza en sí mismos ( $p=0,041$ ), en comparación con los solteros, por otra parte, en el grupo de solteros percibe más

apoyo social que la gente que está casada ( $p=0,022$ ) (41). Por su parte Álvarez y Cáceres encontraron que hubo mayor resiliencia en los solteros que en los casados y en unión libre ( $t$ : 23.15, 3.33, 3.39 respectivamente.  $p<0.01$ ) (44). Quiceno y col. no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de resiliencia en función al estado civil (43).

En este estudio solo 5,2% podrían estar siendo víctima de violencia física o sexual durante el embarazo, las víctimas de violencia tenían más presencia de nivel de resiliencia bajo y fue significativo. Monterrosa y col. en gestantes adolescentes cartageneras reportaron que de 406 estudiadas, 7,1% eran violentadas (167). Por su parte Wilson-Mitchell y col. reportan que en embarazadas y madres adolescentes el 20% habían experimentado sexo forzado en su vida, y cuando preguntaba si un adulto alguna vez le había tocado de una manera sexual, el 17,9% reportó sí y cuando le preguntaban si habían utilizado el sexo como ayuda económica a la familia, el 10,3% respondieron sí (10). Lam y col. en Lima/Perú, evidenciaron que 26.8% de las gestantes adultas refirió el antecedente de al menos una forma de maltrato (21 sexualmente, 47 físicamente y 152 psicológicamente), además, las gestantes violentadas presentaron una media de la puntuación de la escala de resiliencia menor a las gestantes no violentadas (129.87 vs. 136.26,  $p<0.001$ ) (42).

La mayoría de las gestantes adolescentes manifestaron no consumir cigarrillo (99,6%), alcohol (98,6%) y solo 2 (0,4%) refirieron consumir cigarrillo, 7 (1,4%) alcohol aun durante el embarazo, sin haber diferencia en la frecuencia del nivel de resiliencia baja con respecto al consumo de estas sustancias. En el estudio de Álvarez y col. realizado en adolescentes de secundaria de ambos sexo, el 66,1% (IC 95% [62%-70%]) consumieron alcohol alguna vez en la vida y 32,2% (IC 95% [28%-36%]) lo hizo en el último año, 30,3% (IC 95% [26%-34%]) consumió tabaco alguna vez en la vida y 13,6% (IC 95% [11%-16%]) en el último año, también observaron que la resiliencia tenía la capacidad de predecir la probabilidad de consumo de alcohol alguna vez en la vida ( $\beta=0.008$ ,  $p=0,028$ ) (38). Por su parte en



la ciudad de Morelia/México Sánchez y col. en adolescentes reportaron que 63,1% (IC 95% [59%-68%]) han consumido alcohol alguna vez en la vida, 57,4% (IC 95% [52%-63%]) en el último año y 45,8% (IC 95% [38%-53%]) en el último mes y que 34,7% (IC95% [30%-39%]) de los participantes han consumido tabaco alguna vez en la vida, 18,8% (IC95% [15%-22%]) en el último año y 13,3% (IC95% [10%-16%]) en el último mes, además reportan que la media de la puntuación de la escala de resiliencia es mayor en los que nunca fumaron y tomaron alcohol alguna vez en la vida que en los que sí lo han hecho ( $U=18186,000$ ,  $p<0,001$  y  $U=21247,500$ ,  $p=0,02$ ) (39). Wilson-Mitchell y col. cuando preguntaron a embarazadas y madres adolescentes sobre el uso experimental o recreativo de drogas, el 60% de las madres respondieron en forma afirmativa, sin embargo el 81,3% de ellos se detuvo con el diagnóstico de embarazo (10). En el estudio de Ulloque y col. en gestantes adolescentes cartageneras reportaron que solo el 0,2% (una) tenía habito de cigarrillo aun en embarazo y no se relacionó con el nivel de resiliencia (144).

También la mayoría de las participantes de este estudio no consumen sustancias psicoactivas (99,8%) y solo una (0,2%) la consumía aun en el embarazo, no hubo diferencia significativa en la frecuencia de baja resiliencia entre consumirlas o no. Por el contrario Becoña y col. observaron en adolescentes de ambos sexos que el 34,4% habían consumido cannabis, 16,5% estaxis y 9% cocaína alguna vez en la vida y el 16,5% cannabis, 1,1% éxtasis y 2,6% cocaína en los últimos 6 meses, además, en cuanto a la resiliencia y el consumo de sustancias alguna vez en la vida y en los últimos 6 meses obtuvieron diferencias significativas en todas las drogas, excepto en el consumo de cannabis alguna vez en la vida, así los jóvenes que nunca han consumido cocaína o éxtasis, ni cannabis en los últimos 6 meses, puntúan más en resiliencia que los jóvenes que sí lo han hecho ( $p<0,05$ ) (40). En el estudio de Ulloque y col. en gestantes adolescentes cartageneras reportaron que solo el 0,2% (una) tenía habito de drogas psicoactivas aun en embarazo y no se relacionó con el nivel de resiliencia (144).

La mediana de la escala de felicidad subjetiva fue de 28 puntos en este estudio y la puntuación fue menor en las adolescentes con bajo nivel de resiliencia, siendo estadísticamente significativo. Salgado en su estudio en adolescentes de ambos sexos, reporta relación altamente significativa entre resiliencia y felicidad, donde se observó una dirección directa entre ambos, así a mayor resiliencia mayor felicidad ( $Rho=0,44$ ,  $p<0,001$ ) (37).

En este estudio 2,8% presentaban autoestima baja, y en este grupo el nivel de resiliencia bajo fue mayor, siendo ambas diferencias significativas. Álvarez y col. encontraron entre las variables autoestima y resiliencia, correlación positiva significativa ( $Rho=0,34$ ,  $p=0,00$ ) (38).

El 75,2% de las gestantes adolescentes estudiadas tenían apoyo de sus amigos y solo 22,2% apoyo de entidades gubernamentales y no gubernamentales, no hubo diferencias significativas entre tener o no apoyo social (amigos y alguna entidad) con respecto a la frecuencia de resiliencia baja. Por el contrario Duckett encontró relación entre mayor soporte de la comunidad con mayor capacidad de resiliencia (31). Stumblingbear-Riddle y col. encontraron una correlación positiva moderada entre soporte social de amigos y el nivel de resiliencia ( $r = 0,48$ ,  $p < 0,01$ ) (33). De igual forma, Wilson-Mitchell y col. en adolescentes embarazadas de Jamaica, vieron que las que tenían apoyo social tendían a ser más resilientes (10). También, Ribeiro y Gualda en adolescentes embarazadas brasileñas, reportaron que el apoyo social estimula la resiliencia, permitiéndoles crear expectativas con relación a sus hijos y su futuro (30).

La mediana de edad de los compañeros de las gestantes adolescentes fue de 21 años, 67,3% de las parejas de las participantes eran adultos mayores de 19 años, sin evidenciarse diferencias significativas entre el nivel de resiliencia con relación a la edad y grupo etario del compañero de la gestante. Por su parte Wilson-Mitchell y col. en su estudio encontraron que la mayoría de los novios tenían 19 años de edad o más (75.7%) (10). A diferencia de este estudio, el estudio de Salazar y col.

en gestantes adolescentes, encontró que el tener una pareja adolescente (OR 2,0 IC95% 1,06-4,0; p 0,03) se relacionó con mayor riesgo de baja resiliencia (5).

Este estudio encontró que 61,5% de los compañeros de las gestantes adolescentes habían completado educación media y sólo 8,2% educación superior, sin diferencia en la presencia de baja resiliencia de acuerdo al nivel de estudio de la pareja. Lam y col. reportan que 3,4% de las parejas tenían educación de primaria, 52,3% secundaria y 44,4% superior, de igual forma no observaron diferencias significativas en la media de resiliencia de acuerdo al nivel de educación de la pareja (142,05, 134,35 y 138,07 respectivamente,  $p > 0,05$ ) (42).

Esta investigación estableció una prevalencia de baja resiliencia en gestantes adolescentes de 12,8%, mucho menor que la encontrada en el estudio de Tenezaca (Chimborazo/Ecuador, 2011-2012) que fue de 40% (168), en el estudio de Majul y col. (Argentina, 2012), en adolescentes que fue de 22% (163). Por su parte Brígido y col. (Brasil, 2010), en adolescentes encontraron que el 17.6% de la muestra tenían una puntuación en la escala de resiliencia por encima de la media (lo que indicaron como mejor resiliencia), el 64.8% las tenían dentro de la media teniendo en cuenta su desviación estándar y el otro 17.6% estaban por debajo de la media (estos últimos tenían menor nivel de resiliencia) (25).

La baja resiliencia en jóvenes lleva a desarrollo sicoafectivo estancado, dificultad para la integración social, apartarse de las instituciones donde están con sus pares, provocando más obstáculos en su desarrollo. Las dificultades que enfrenta una adolescente embarazada si no es capaz de superarlas podrían llevarla a problemas de salud y contribuir al incremento de la carga total de discapacidad en la población. La persona resiliente tiene menos conductas de riesgo, mejor sociabilización, afianza más la autoestima, autonomía y desarrolla mayor capacidad para enfrentarse a la vida cotidiana (24, 169). Además, están mejor preparadas para tratar con los estímulos estresantes del entorno constantemente cambiantes, también están más abiertas a nuevas experiencias, son más flexibles

ante las demandas cambiantes y muestran mayor estabilidad emocional para afrontar situaciones estresantes; la resiliencia permite aprovechar las oportunidades que de otra manera podrían perderse, para actuar con rapidez y eficacia en situaciones de amenaza y de crisis (170).

Los adolescentes que son resilientes pueden estar en mejores condiciones para evitar conductas de riesgo, como la violencia, el consumo de sustancias y el embarazo adolescente, encontrar formas de reducir los efectos negativos del estrés en su vida, como hacer ejercicio físico regular y practicar técnicas de relajación (171).

Existen factores que favorecen la resiliencia los cuales pueden actuar independientemente o interactuar, estos son: la adquisición de habilidades para la resolución de problemas relacionados con la maternidad, el desenvolverse en un ambiente familiar y social favorable, la personalidad determinada por sentimientos de afecto, autonomía, autoestima, flexibilidad, iniciativa, valentía, entre otros (172). Estos factores se pueden dividir en: individuales (alta autoestima, seguridad en sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía, control interno, optimismo, fortaleza personal, afrontamiento positivo, resolución de problemas, autonomía, competencia cognitiva, extrovertido), familiares (adulto significativo, límites claros y firmes, apego parental, vínculos afectivos, reconocimientos de esfuerzos y logros), sociales (redes informales de apoyo, grupo de pares, deportes, permanencia en la escuela, convivencia en comunidad) (173).

En este estudio con los factores que se asociaban con el nivel de resiliencia baja mediante la prueba de chi cuadrado, se prosiguió a la realización de una regresión logística mediante la cual se identificó seis factores que se asocian significativamente a la presencia de nivel de resiliencia baja en gestantes adolescentes.

Así se muestra un papel protector de la espiritualidad en las gestantes adolescentes ante la presencia de bajo nivel de resiliencia, dado que las que

poseían mayor puntuación en la escala de perspectiva espiritual tenían menos probabilidad de riesgo de presentar baja resiliencia, hallazgos relacionados con lo reportado por Fauziah Mohd Sa'ad y col (Malasia, 2014), quienes demostraron en embarazadas adolescentes de Selangor/Malasia, que la consejería grupal centrada en la persona y la sicología cognitiva Ad-Din son eficaces para aumentar la resiliencia. La sicología cognitiva Ad-Din tiene un componente religioso y espiritual, por lo que la religión y la espiritualidad puede ser un factor para la curación y dar fuerza a las personas que se encuentren en situaciones críticas (174). También, Duckett (South Orange/ EEUU,2009), en un estudio con embarazadas adolescentes afroamericanas y sus familias, encontró relación entre espiritualidad con mayor capacidad de resiliencia (31).

Por su parte Jaramillo-Velez en otro tipo de población (mujeres maltratadas) en Medellín/Colombia, encontró que existe correlación positiva entre resiliencia y espiritualidad ( $r=0.22$ ,  $p=0.0015$ ) (28), De igual forma Canaval et al. en Cali/Colombia en mujeres maltratadas, encontraron también una correlación positiva y significativa entre resiliencia y espiritualidad (146), con relación a esto se sabe que las convicciones religiosas positivas y espirituales pueden contribuir a la construcción de un sentido en la vida, es decir a la resiliencia, la relación que se crea por ejemplo entre un cristiano y Dios como su ser supremo y protector, da una confianza total en la vida y en el futuro que se asocia a resiliencia (98).

La espiritualidad hace referencia a los sentimientos, pensamientos, experiencias y comportamientos que surgen de la búsqueda de lo sagrado. El término “búsqueda” se refiere a intentos de identificar, articular, mantener o transformar. El término “sagrado” se refiere a un ser divino, objeto divino, última realidad o verdad según percibida por la persona (97). La espiritualidad motiva y permite la búsqueda de trascendencia, propósito y sentido de vivir, actuando como variable independiente que favorece el desarrollo de la resiliencia (99).

Durante el embarazo la gestante presenta diferentes cambios psicológicos: en el primer trimestre hay cambios del humor, sentimientos contradictorios respecto a la maternidad e incluso cuando el embarazo ha sido planificado, en el segundo trimestre se empieza a soñar con él bebe, se siente más feliz y de mejor ánimo y en el tercer trimestre hay ansiedad ante la llegada del bebé y disminución de sueño (175). En este estudio se observó que las gestantes adolescentes que se encontraban en segundo trimestre tenían menor riesgo de presentar nivel de resiliencia baja en comparación las que estaban en tercer trimestre, siendo estar en segundo trimestre factor protector para nivel de resiliencia baja. Se ha definido que el nivel de resiliencia es de carácter dinámico pudiendo serlo en un momento y no en otro y viceversa (62). En el estudio de Ulloque y col. en el 2015 en Cartagena en otra población gestante adolescente se observó que no hubo diferencia significativa de la resiliencia según trimestre gestacional (144). El 54% de las mujeres presentan ansiedad en algún momento de su embarazo, siendo más prevalente y grave en el primer y tercer trimestre (176). Los resultados de este estudio de menor resiliencia en tercer trimestre y mayor en el segundo se relacionan con el estudio de Teixeira en el 2009 que si bien evaluó fue síntomas y tasa de ansiedad en el embarazo encontró que estos eran mayores en primer y tercer trimestre y menores en segundo trimestre (177), lo que puede relacionarse con los hallazgos del presente estudio.

Esta investigación evidencio, un comportamiento protector del familismo ante presentar nivel de resiliencia bajo, observándose que en las gestantes adolescentes a medida que aumentaba la puntuación en la escala de familismo de Bardis se disminuía la probabilidad del riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo, resultados relacionados con lo encontrado por Feldman y Pittman (Valle Bajo del Río Bravo en Texas, Texas y Estados Unidos,2008) en su estudio tenían como objetivo determinar si los factores de riesgo de adolescentes embarazadas menores de 20 años que viven en la región del Valle Bajo del Río Bravo en Texas, son mayores en comparación con los de la población general de los Estados

Unidos y del estado de Texas, al finalizar el estudio los autores llaman la atención en que no es cierta la hipótesis de que las adolescentes embarazadas del Valle Bajo del Rio Bravo tendrían más factores de riesgo que las otras dos poblaciones, a pesar de tener altas tasa de pobreza, menos acceso a servicios médicos y más tasa de fertilidad. Los autores abordan estos resultados desde una perspectiva de la cultura latina más que solo desde el punto de vista de factores socioeconómico y demográfico y sugieren que este resultado puede estar asociado al sistema de familia latinoamericano (Familismo), indicando que este debe ser tomado en cuenta para entender la resiliencia que se encontró en este estudio como factor que media en los riesgos de embarazo y nacimientos. De esta forma relacionan al familismo con mayor resiliencia en gestantes adolescentes (110). El término familismo se refiere a la identificación y apego de las personas con sus familias, ya sean nucleares o extensas (113).

El estudio de Feldman en adolescentes embarazadas de Miami mostro una asociación entre las que tenían una expectativa de apoyo por parte de las personas cercanas a ella y el apego prenatal y tomar mejores cuidados con el embarazo (166). El familismo se ha incluido como un factor para la resiliencia (178). Este puede proporcionar un apoyo social fuerte lo que lleva a obtener beneficios al pasar por una circunstancia adversa (179).

También Bravo y col. en su estudio muestra como los valores del familismo promueven el ajuste educativo en madres adolescentes mexicanas, mejorando su rendimiento, lo que las lleva a tener un ambiente sano y productivo (116).

Se ha reportado que las latinas tienen una actitud positiva hacia el embarazo y la maternidad, y menos ansiedad, lo que es coherente con los valores del familismo, esta población tiende a mayor apoyo por parte del padre del bebe, y su familia (117, 118). Campos et al. encontraron que el familismo se asoció positivamente con el apoyo social y que esta asociación era mayor entre mujeres latinas que en las americanas/europeas, en contraste encontraron que este se asociaba

negativamente con la percepción del estrés y ansiedad durante el embarazo y con respecto a la percepción del estrés fue significativamente más fuerte entre las latinas que en las americanas/europeas; estos autores concluyen que el familismo puede ser un factor de resiliencia exógena que indirectamente juega un papel en el apoyo social y posiblemente en el estrés y el control de la ansiedad, debido a que ideales culturales que se basan en relaciones positivas hacen que se le sea más fácil a las personas buscar, recibir y beneficiarse del apoyo social, y esto ayuda a deshacerse de los efectos del estrés y la ansiedad (119).

Se obtuvo en este estudio, que las gestantes adolescente que pertenecían a una familia disfuncional están asociadas a mayor riesgo de nivel de resiliencia bajo, se observó que el apoyo familiar ocasionaba modificación del efecto (interacción) entre la relación de la funcionalidad familiar y el nivel de resiliencia bajo, de tal forma que hubo aumento significativo en el riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo en las gestantes con disfunción familiar y que recibían apoyo familiar y no hubo significancia estadística en esta relación en las que no recibían apoyo familiar. En el estudio de Tenezaca en el caso de las gestantes adolescentes que tuvieron el apoyo de sus padres, la afectación psicológica y el desenvolvimiento socioeducativo fue menor, lo que demuestra que el apoyo familiar es un factor determinante en la adaptación y el equilibrio emocional o en un mayor nivel de resiliencia en las adolescentes (168).

Echeverría, en adolescentes de ambos sexos de sexto grado de una institución en Quito, observó que aquellos que pertenecían a familias disfuncionales tenían nivel de resiliencia medio (180). Palacio y Sánchez en adolescentes de segundo a quinto de secundaria, presentaron una correlación lineal estadísticamente significativa entre la disfunción familiar mediado por cohesión y adaptabilidad familiar y el nivel de resiliencia de estos (181). De igual forma Carbajal, Ingaroca, y Yupanqui (2012) (182) también halló correlación positiva significativa entre disfunción familiar y el nivel de resiliencia.



La unión de la familia va a asegurar a sus integrantes estabilidad emocional, económica y social. La importancia de la familia radica entre otras cosas en que es un lugar de apoyo emocional ya que se expresa lo que se siente, fomenta o no el autoestima, y es donde se aprende a reaccionar frente a situaciones adversas. Los miembros se encuentran interrelacionados ya que la conducta del uno se verá influenciada en el otro, no será una respuesta lineal (causa-efecto) sino circular, ya que si existe un conflicto entre padre-hijo/padre-madre se verá afectado todo el sistema, por lo que cada familia desarrollara sus propios mecanismos de afrontamiento, o por lo contrario provocará en sus miembros crisis o trastornos emocionales que afectara esta interrelación. La disfunción familiar repercute en la salud mental de cada uno de sus miembros o de uno de ellos (180).

En cuanto a la felicidad subjetiva, esta investigación, halló su papel protector ante la presencia de nivel de resiliencia baja en gestantes adolescentes, en las que a mayor puntuación tenían menor nivel de resiliencia baja, resultados que se relacionan con los documentado por Blake y col. quienes indican que la felicidad es un muy buen predictor de riesgo en mujeres embarazadas (183). La infelicidad en el embarazo puede provocar bajo peso al nacer, influir en el comportamiento de los infantes y provocar deterioro del proceso del desarrollo del infante (183-186). También Gómez–Azcarate y col encontraron que la felicidad fue buena predictora del nivel de resiliencia en adolescentes de ambos sexos mexicanos, en su estudio mostraron que aquellos que tenían mayor felicidad presentaban mayor resiliencia ( $Rho = 0,166$ ,  $p < 0,001$ ) (36) lo mismo fue observado por Salgado (37).

Otro estudio realizado por Ulloque y col. en población gestante adolescente en la ciudad de Cartagena en el 2015, igualmente reportó que había asociación entre la felicidad y la baja resiliencia, indicando que aquellas que no se sentían felices tenían 2,7 veces más riesgo de presentar nivel de resiliencia baja en comparación que las que si se sentían ( $OR\ 3,7$  [ $IC95\% 1,3-10,3$ ]) (144).

En el estudio de González-Arratia realizado en jóvenes adolescentes de 15 a 19 años, aquellos que tenían alta resiliencia presentaron mayor realización personal y satisfacción con la vida y el total de felicidad, en comparación con el grupo considerado con baja resiliencia. Respecto a la relación entre resiliencia y felicidad, obtuvieron una correlación de Pearson positiva moderada a débil entre las escalas con una  $p \leq 0,05$ . Para cada factor de resiliencia hallaron que a mayor factor protector interno, mayor satisfacción y alegría de vivir. El factor protector externo se asocia positivamente con satisfacción y alegría de vivir. El factor empatía, se asocia con las mismas dimensiones, satisfacción y alegría de vivir. El total de resiliencia presentó correlación positiva ( $r=0,367$ ) con el total de la variable felicidad. El análisis de Chi cuadrado indica que los individuos con baja resiliencia presentan muy baja felicidad ( $\chi^2 = 17,19$ ,  $p \leq 0,002$ ) (187) dichos hallazgos son coherente con lo encontrado en el presente estudio.

Con relación a la autoestima se pudo ver que tener baja autoestima aumento el riesgo de presentar nivel de resiliencia baja y que presentar mayores puntuaciones en la escala de autoestima de Rosenberg era protector ante el nivel de resiliencia baja, datos que concuerdan con lo encontrado en otros estudios, así se ha observado que el bajo nivel de autoestima influye negativamente en la resiliencia (33-35, 188). Ulloque y col. en gestantes adolescentes encontraron correlación positiva débil entre autoestima y resiliencia ( $\rho=0,16$ ;  $p < 0,001$ ) (144). Por su parte Morales y González (34) reportó correlación positiva entre autoestima y resiliencia ( $\rho=0,51$ ;  $p < 0,01$ ) en jóvenes con edad de  $18,5 \pm 0,6$  años. Igual observación encontró Leiva (35) en adolescentes en vulnerabilidad social ( $\rho=0,56$ ;  $p < 0,01$ ), además indica que por cada punto en la escala de autoestima aumenta en 0,21 puntos en la escala de resiliencia y fue significativo ( $\beta=0,21$ ,  $p < 0,01$ ). Stumblingbear-Riddle (33) en su estudio con adolescentes de ambos sexos, reportó que hubo una correlación negativa moderada entre autoestima y resiliencia ( $r = -0,38$ ,  $p < 0,01$ ), teniendo en cuenta que las puntuaciones bajas o

negativas de autoestima en su estudio eran las que indicaban mayor autoestima, así como Tras (188) en estudiantes universitarios ( $\rho=0,41$ ;  $p < 0,01$ ).

Los factores que se encontraron asociados significativamente a nivel de resiliencia baja en este estudio, no solo son competencia del sector salud, y más allá de este involucra, la familia misma, la cultura, educación y políticas de una sociedad por lo que se hace indispensable sensibilizar cada una de estos sectores ante esta problemática con el fin de tratar de mitigarlos y porque no, desaparecerlos.

Es importante que todo el personal de salud se interese por indagar la presencia de nivel de resiliencia bajo y los factores que se asocian a esta, y así poder brindar apoyo y ayuda desde el sistema de salud en pro de mejorar la salud materno-infantil.

Se hace necesaria la creación e implementación de programas de atención integral que además de la atención médica propia del proceso del embarazo se preocupe por abordar los factores sicosociales que pueden influir en el nivel de resiliencia de la gestante adolescente con el fin de mejorar los resultados materno-infantil tanto biológicos como sicosociales que en última instancia repercutirá en la estructura socioeconómica de la ciudad, región y país.

Este estudio tiene como limitaciones que las asociaciones encontradas no son de tipo causal, sino meramente estadísticas, no se puede establecer una tasa de incidencia del nivel de resiliencia bajo, dadas sus características de estudio descriptivo transversal, además por el hecho de estudiar casos prevalentes y ser el nivel de resiliencia de carácter dinámico, los casos de nivel de resiliencia baja no pueden ser representativos de todos los casos que se han producidos en el tipo de población estudiada, no usar una población representativa de toda la ciudad de Cartagena que involucre los distintos estratos socioeconómicos, las diferentes etnias, haber utilizado un muestreo no probabilístico para la elección de las adolescentes de tipo consecutivo, que pudo llevar a sesgo de selección, debido a

que la muestra puede que no refleje la composición de la población de la cual fue extraída directamente, y así algunos grupos pueden estar sub o sobrerrepresentados, pudiendo ocasionar la falacia de Berkson y esto limita la inferencia de los resultados a la población de referencia, se pudieron también tener sesgos de respuesta, de información como el de cortesía y de memoria.

Esta investigación tiene como fortaleza que permite determinar la frecuencia del nivel de resiliencia baja, poco estudiado hasta el momento en gestantes adolescentes en la región caribe colombiano, además, acercarse a medir aspectos difíciles de estimar, como resiliencia, espiritualidad, religiosidad, familismo, autoestima, funcionalidad familiar, felicidad subjetiva, violencia mediante escalas validadas autodiligenciadas por las participantes y tratar de evaluar el mayor grupo de factores que pudieran estar relacionados con la baja resiliencia descritos en la literatura, es al parecer el primer estudio realizado con el fin de establecer factores asociados a nivel de resiliencia baja en adolescentes embarazadas residentes en el caribe de Colombia, y permite formular programas de prevención o tratamiento para el nivel de resiliencia bajo.

Este estudio tiene como alcance servir de línea de base para el planteamiento de estudios analíticos, mediante la creación de hipótesis de causalidad con el fin de determinar asociación causal entre los factores que demostraron ser significativamente influyentes mediante pruebas estadísticas sobre el nivel de resiliencia baja. Además que se puede utilizar como evidencia para la toma de decisiones, para la implementación de estrategias en la atención del control prenatal de las gestantes adolescentes para mejorar el nivel de resiliencia y su calidad de vida.

## CONCLUSIONES

La prevalencia del nivel de resiliencia bajo es de 12,8% en las gestantes adolescentes estudiadas, la cual es una prevalencia alta (189). La mediana de edad fue de 17 años tanto en gestantes adolescentes con alta/moderada resiliencia como en las que tenían baja resiliencia.

El porcentaje del nivel de resiliencia bajo fue significativamente mayor en: las gestantes adolescentes negras, las que se encontraban en tercer trimestre, las que tenían patologías en el embarazo, las que no tenían apoyo familiar, las que provenían de familias disfuncionales, las que podrían estar siendo víctimas de violencia en el embarazo y las que tenían autoestima baja.

Las gestantes adolescentes que tuvieron nivel de resiliencia bajo presentaron una menor mediana de puntuación en la escalas de perspectiva espiritual, escala de familismo de Bardis y escala de felicidad subjetiva, que las que tenían nivel de resiliencia alto, siendo significativa esta diferencia. Lo que indica que tener menor espiritualidad, menor características de familismo en las familias de las gestantes y menor felicidad subjetiva se asocian con nivel de resiliencia bajo.

Los posibles factores de riesgo para tener nivel de resiliencia bajo en las gestantes adolescentes estudiadas son: pertenecer a una familia disfuncional y tener nivel de autoestima bajo.

Los posibles factores protectores para nivel de resiliencia bajo son: tener mayor espiritualidad, estar en segundo trimestre de embarazo, tener mayores características de familismo en las familias de la gestante adolescente y tener mayor felicidad.

Teniendo en cuenta los resultados de esta investigación, se sugiere que desde los servicios de salud de los diferentes prestadores públicos y privados, se debe propender por un servicio de control prenatal integral, que no solo se limite a la valoración física del progreso del embarazo y valoración psicológica meramente de la gestante adolescente, sino que estos programas deben interesarse por evaluar el nivel de resiliencia de cada una y los factores de riesgo que puedan tener para mediante intervenciones a las familias, su entorno y oportunidades se puedan limitar estos factores, tener en cuenta el momento del embarazo en que la gestante es más susceptible a niveles de resiliencia bajo como lo es el tercer trimestre para hacer un acompañamiento mas estricto y la identificación de factores protectores para poder fortalecerlos en aquellas que los tienen o estimular su aparición en aquellas que no los tienen, aun mas garantizar un seguimiento posterior al parto.

Programas como el de familias fuertes podrían ser una buena estrategia para el manejo de factores de riesgo y protectores en esta población. Cabe resaltar que el compromiso para la implementación de este tipo de programas no solo es del sector salud, debería estar involucrado el sector de educación, medios de comunicación, sector económico, político entre otros.

A la luz del nuevo modelo de salud propuesto por el MSPS que establece la RIAS para la adolescencia, se encuentra el fundamento para el abordaje integral de la gestante adolescente, un abordaje basado en los determinantes sociales y que busca la valoración de cada adolescente como una persona que se ve afectada no solo por sus características biológicas si no por sus características psicológicas, sociales, políticas y económicas en medio de la cual vive y resalta que pueden ser el origen de problemas de salud y afectar el adecuado desarrollo del adolescente. Además la RIAS establece la importancia de la valoración y educación en los adolescentes de estrategias de afrontamiento frente a suceso vitales que los afecten para que puedan sobreponerse a ellos y estipula el importante papel que tienen los servicios de salud para esto.

Es importante mencionar que según la RIAS de adolescente para la valoración y educación de estrategias de afrontamiento de sucesos vitales no hay evidencia de guías de práctica clínica, y aun no está en desarrollo esta intervención porque aún no cuentan con referentes técnicos ni operativos para el desarrollo de esta, e indican que no existen herramientas para el seguimiento y evaluación de la intervención. En este sentido el presente trabajo puede servir como uno de los referentes para la creación de guías de práctica clínica en torno a este tema, además que aporta mediante su marco teórico y metodológico diferentes herramientas que pueden enriquecer esta intervención propuesta con este nuevo modelo de salud para que sea viable su implementación a un mediano plazo.

También la RIAS propone la valoración de la dinámica familiar, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitario y la educación para promover tejido social, habilidades sociales y emocionales, lo cual respalda intervenciones en los factores de riesgo y protectores que se identificaron en esta investigación.

## ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

### Recursos Humanos

Investigadora: Liezel Ulloque Caamaño. Candidata a Magister en Epidemiología.

Asesor externo: MD. Álvaro de Jesús Monterrosa Castro. Ginecobstetra. Director del Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Docente de investigación, Facultad de Medicina-Universidad de Cartagena. Tutor de joven investigador.

Asesor metodológico: MD. Edgar Navarro Lechuga. Magister en Epidemiología. Coordinador de la Maestría en Epidemiología. Docente del Dpto. de Salud Pública.

Asesora de contenido. ND. Mariela Borda Pérez. Magister en Salud Pública. Docente de la Maestría en Epidemiología. Docente catedrática del Dpto. de Salud Pública.

Encuestadores: #3, una auxiliar de enfermería y dos estudiantes semillero de investigación del grupo de Investigación Salud de la Mujer/Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena.

### Recursos Económicos

RUBROS	COSTOS	TOTAL
<b>1. Recursos Humanos:</b>		
<b>Investigadora</b>	38.000.000	38.000.000
<b>Costo de matrícula de maestría, transporte y comida</b>		
<b>Asesor (es)</b>	800.000	800.000
<b>Encuestadores</b>	2.070.000	2.070.000



<b>2. Gastos Generales:</b>		
<b>Equipos</b>	180.000	180.000
<b>Bibliografía</b>	150.000	150.000
<b>Fotocopias</b>	153.000	153.000
<b>Transporte</b>	576.000	576.000
<b>Papelería</b>	0	0
<b>Otros</b>	504.000	504.000
<b>TOTAL</b>	42.433.000	42.433.000

Valor en efectivo que se obtendrá de recursos dados por la convocatoria de joven investigador (Anexo 6 contrato de joven investigador) y por recursos propios de la investigadora.

### Recursos de tiempo

	Febrero 2015- Abril 2016	Mayo- Junio 2016	Julio- Noviembre 2016	Diciembre 2016	Enero- Septiembre 2017	Octubre 2017	Noviembre 2017
Búsqueda Bibliográfica							
Diseño del Proyecto							
Presentación a Comité de Ética							
Identificación de población de estudio							
Recolección de datos: aplicación de Formularios y							

revisión							
Tabulación: creación de base de datos: digitación de Datos.							
Presentación y análisis de Datos.							
Realización de informe final							
Presentación de informe final							
Envío a Revistas Indexadas.							
Buscar participación en eventos locales, regionales, nacionales e internacionales para presentaciones orales, poster, etc.							

## Resultados esperados

### *Generación de nuevo conocimiento*

Resultado/Producto esperado	Indicador	Beneficiario
Frecuencia de cada nivel de resiliencia en gestantes adolescentes de la ciudad de Cartagena.	Porcentaje de gestantes adolescentes que presentan resiliencia baja, moderada y alta.	Gestantes adolescentes de la ciudad de Cartagena
Factores que se asocian a baja resiliencia en gestantes adolescentes de Cartagena.	Informes donde se muestren cada factor que se encuentre asociado a nivel de resiliencia	Gestantes adolescentes de la ciudad de Cartagena

	baja.	
--	-------	--

### *Fortalecimiento de la comunidad científica*

<b>Resultado/Producto esperado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Beneficiario</b>
Aumento de la capacidad investigativa de la Maestría en Epidemiología de la Universidad del Norte y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena.	Publicación nacional/internacional.	Universidad del Norte y Universidad de Cartagena
Fortalecimiento del aporte investigativo de científicos destacados en su campo	Publicación nacional/internacional.	Investigadores de la Maestría en Epidemiología de la Universidad del Norte y Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena
Fortalecimiento del ejercicio investigativo por parte de estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena integrantes del grupo de investigación Salud de la Mujer.	Presencia de estudiantes en las publicaciones nacional/internacional de la Universidad de Cartagena.	Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena
Servir de estudio piloto, para un estudio posterior que involucre una población mayor de gestantes adolescentes representativo de la población colombiana	Publicación de resultados en Revistas nacionales o internacionales con evaluación satisfactoria por los pares evaluadores	Investigadores participantes del trabajo de la Maestría de Epidemiología de la Universidad del Norte y del Grupo Salud de la Mujer de la Universidad de Cartagena.
Realizar manejo de bases de datos, análisis de datos científicos y escritura científica por los investigadores y estudiantes involucrados	Experticia en todas esas fases de una investigación científica	Estudiante de la maestría de la Universidad del Norte y Grupo de Investigación Salud de la Mujer de la Universidad de Cartagena

### *Apropiación social del conocimiento*

<b>Resultado/Producto esperado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Beneficiario</b>
Generar información y aumentar el conocimiento en los profesionales	Citación de los resultados obtenidos, por otros	Comunidades científicas y medica nacionales o

de la salud, sobre los factores asociados a baja resiliencia en gestantes adolescentes.	<p>investigadores en sus artículos publicados en revistas indexadas nacionales.</p> <p>Presentación de resultados en congresos nacionales o internacionales.</p> <p>Socialización de resultados en las entidades donde se recolectó la muestra.</p>	internacionales
Generar información y crear concientización en la comunidad general sobre los resultados de este estudio en gestantes adolescentes.	Replicación por las agencias noticiosas de los boletines de prensa donde se difunden los resultados. Charlas a la comunidad.	Comunidades de mujeres

*Impactos esperados a partir del uso de los resultados*

<b>Impacto esperado</b>	<b>Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1-4 ), mediano (5-9), largo (10 o más)</b>	<b>Indicador verificable</b>	<b>Supuestos*</b>
Cambios en las prácticas de atención primaria orientadas a las gestantes adolescentes susceptibles a presentar baja resiliencia.	Mediano plazo	Aumento de consejería en salud por parte de médicos y psicólogos que atienden mujeres gestantes adolescentes.	Atención médica física y mental adecuada en medicina familiar.
Aportar cifras para fomentar atención primaria a las mujeres gestantes adolescentes con baja resiliencia	Largo plazo	Estimular el desarrollo e implementación de políticas de atención a gestantes adolescentes con baja resiliencia.	<p>Atención médica adecuada especializada en ginecología.</p> <p>Acceso de gestantes adolescentes a programas específicos.</p>
Contribuir a fomentar en todo el país una conciencia de las necesidades de atención de las gestantes	Largo plazo	Difusión de los resultados obtenidos y sensibilizar a los directivos gubernamentales en salud de los factores	Campañas educativas y asistenciales y mayores oportunidades en salud, educación y empleo a las mujeres

adolescentes con baja resiliencia.		asociados a baja resiliencia en gestantes adolescentes.	gestantes adolescentes, compañero y familia.
Realizar campañas educativas en gestantes adolescentes.	Corto plazo	Difusión de los resultados obtenidos. Visitas a las comunidades y actividades	Campañas educativas y asistenciales a las gestantes adolescentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia: Una época de oportunidades. Nueva York, EEUU: Prographics, Inc.; 2011.
2. Vinaccia S, Quiceno J, Moreno E. Resiliencia en adolescentes. Rev. colomb. psicol. 2007(16):139-46.
3. Cauce A, Cruz R, Corona M, Conger R. The face of the future: risk and resilience in minority youth. Nebr Symp Motiv. 2011;57:13-32.
4. Braine T. Adolescent pregnancy: a culturally complex issue. Bull World Health Organ. 2009;87(6):410-1.
5. Salazar D, Arroyo D, Hidalgo L, Pérez F, Chedraui P. Depressive symptoms and resilience among pregnant adolescents: A case-control study. Obstet Gynecol Int. 2010;2010:1-7. doi: 10.1155/2010/952493
6. OMS. El embarazo en la adolescencia. 2014. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
7. CDC. National center for health statistics data brief. Continued declines in teen births in the united states, 2015 [Internet]. 2016 [cited 2017 11 de Febrero]; (259):[1-8 pp.]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db259.pdf>.
8. Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud 2010. Fecundidad de adolescentes [Internet]. 2010:[114-6 pp.]. Available from: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%202010.pdf>.
9. OMS. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Sexual and reproductive health [Internet]. 2016:[68-9 pp.]. Available from: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/).
10. Wilson-Mitchell K, Bennett J, Stennett R. Psychological health and life experiences of pregnant adolescent mothers in Jamaica. Int J Environ Res Public Health. 2014;11(5):4729-44. doi: 10.3390/ijerph110504729
11. Vescovi G, Pereira M, Levandowski D. Protective factors in the experience of pregnancy and motherhood among brazilian adolescents living with hiv: A case-series report. J Assoc Nurses AIDS Care. 2014;25(6):541-54. doi: 10.1016/j.jana.2014.02.005
12. MINSALUD. Análisis de la línea base del observatorio de embarazo adolescente en Colombia. Bogotá 2013. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ONI\\_EA\\_003\\_Informe\\_Linea%20Base%20ONIEA\\_02\\_08\\_2013.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ONI_EA_003_Informe_Linea%20Base%20ONIEA_02_08_2013.pdf).
13. Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud 2015. Fecundidad adolescente [Internet]. 2015:[40-2 pp.]. Available from: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>.

14. Arrieta H, Ramos E, Murillo M, Mercado K, Silgado O, Velásquez K, et al. Prevalencia de embarazos en adolescentes escolares en la ciudad de Cartagena. Febrero a Junio de 2010. *Rev.cienc.biomed.* 2010;1(2):162-7.
15. DADIS. Análisis de la situación de salud con el modelo de determinantes sociales de salud del distrito de Cartagena de Indias 2015. Priorización de los efectos de salud [Internet]. 2016:[168-70 pp.]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015-cartagena.pdf>.
16. Sáez V. Morbilidad de la madre adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2005; 31(2). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2005000200003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2005000200003&script=sci_arttext).
17. Huanco D, Ticona MR, Ticona MV, Huanco F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(2):122-8. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000200008>
18. Leon P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *Rev Ped Elec.* 2008;5(1):42-51.
19. Tas Demir S, Balci E, Günay O. Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in Turkey. *Ups J Med Sci.* 2010;115:275-81. doi: 10.3109/03009731003628724
20. Makara-Studzińska M, Moryłowska-Topolska J, Sygit K, Sygit M, Goździewska M. Socio-demographical and psychosocial determinants of anxiety symptoms in a population of pregnant women in the regions of central and eastern Poland. *Ann Agric Environ Med.* 2013;20(1):195-202.
21. Kaye D. Negotiating the transition from adolescence to mother hood: Coping with prenatal and parenting stress in teenage mothers in Mulago hospital, Uganda. *BMC Public Health.* 2008;8:83. doi: 10.1186/1471-2458-8-83
22. Ali M, Dwyer D, Vanner E, Lopez A. Adolescent propensity to engage in health risky behaviors: The role of individual resilience. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2010;7(5):2161–76.
23. Cortés J. La resiliencia: Una mirada desde la enfermería. *Cienc. enferm.* 2010;XVI(3):27-32. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300004>
24. Pasqualini D, Llorens A. Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: Una mirada integral. 1ra ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS-; 2010. 680 p.
25. Brigido K, Rodrigues M, Martoni N, Silva A, Vinícius D. Avaliação da resiliência em escolares do ensino médio. *Advances in Health Psychology.* 2010;18(1-2):79-90.
26. Rua M, Andreu J. Validación psicométrica de las escalas de resiliencia (RS) en una muestra de adolescente portugués. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense.* 2011;11:51-65.
27. Morales M, Díaz D. Estudio comparativo de la resiliencia en adolescentes: el papel del género, la escolaridad y procedencia. *Uaricha Revista de Psicología.* 2011;8(17):62-77.

28. Jaramillo-Vélez D, Ospina-Muñoz D, Cabarcas-Iglesias G, Humphreys J. Resiliencia, Espiritualidad, Aflicción y Tácticas de Resolución de Conflictos en Mujeres Maltratadas. *Rev salud pública*. 2005;7(3):281-92.
29. Smith C, Denton M. *Soul searching: The religious and spiritual lives of American teenagers*. New York: Oxford University Press; 2005. 368 p.
30. Ribeiro P, Gualda D. Gestaç o na adolesc ncia: a constru o do processo saúde-resiliência. *Esc Anna Nery*. 2011;15(2):361-71.
31. Duckett R. *Black adolescent mothers and their families: A phenomenological study of resilience*. South Orange/ EEUU: Seton Hall University; 2009.
32. Boukydis Z. Ultrasound Consultation to Reduce Risk and Increase Resilience in Pregnancy. *Ann NY Acad Sci*. 2006;1094:268–71.
33. Stumblingbear-Riddle G, Romans J. Resilience among urban American Indian adolescents: exploration into the role of culture, self-esteem, subjective well-being, and social support. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res*. 2012;19(2):1-19. doi: 10.5820/aian.1902.2012.1
34. Morales M, González A. Resiliencia-Autoestima-Bienestar psicológico y Capacidad intelectual de estudiantes de cuarto medio de buen rendimiento de liceos vulnerables. *Estud pedag g*. 2014;40(1):215-28. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052014000100013>
35. Leiva L, Pineda M, Encina Y. Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social. *Revista de Psicología*. 2013;22(2):111-23. doi: 10.5354/0719-0581.2013.30859
36. Gómez-Azcarate E, Vera A, Ávila M, Musitu G, Vega E, Dorantes G. Resiliencia y felicidad de adolescentes frente a la marginación urbana en México. *Psicod debate*. 2014 14(1):45-68.
37. Salgado A. Felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de Lima. *Liber*. 2009;15(2):133-41.
38. Alvarez-Aguirre A, Alonso-Castillo M, Guidorizzi A. Factores predictivos del uso de alcohol y tabaco en los adolescentes. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(6):1056-62. doi: 10.1590/0104-1169.3570.2516
39. Sánchez-Perales M,  lvarez-Aguirre A, Mendoza-Ayala M, Hernández-Casta n n M, Bañuelos-Barrera Y, Rocha-Rodríguez M. Resiliencia y consumo de drogas lícitas en adolescentes estudiantes de la ciudad de Morelia. *Ciencia@UAQ*. 2013;6(2):1-8.
40. Becoña E. Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*. 2007;19(1):89-101. doi: <https://doi.org/10.20882/adicciones.326>
41. Palomar J, Gómez N. Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*. 2010;27(1):7-22.
42. Lam N, Contreras H, Cuesta F, Mori E, Cordori J, Carrillo N. Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. *Rev. peru. epidemiol*. 2008;12(3):1-8.
43. Quiceno J, Vinaccia S. Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología desde el caribe*. 2012;29(1):87-104.



44. Álvarez L, Cáceres L. Resiliencia, Rendimiento Académico y Variables Sociodemográficas en Estudiantes Universitarios de Bucaramanga (Colombia). *Psicología Iberoamericana*. 2010;18(2):37-46.
45. FAO. Informe temático: Resiliencia 2014:[3 p.]. Available from: [http://www.fao.org/fileadmin/user\\_upload/post-2015/14\\_themes\\_Issue\\_Papers/SP/4.\\_Resiliencia.pdf](http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/post-2015/14_themes_Issue_Papers/SP/4._Resiliencia.pdf).
46. UNISDR. Cómo desarrollar ciudades más resilientes: Un Manual para líderes de los gobiernos locales. Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres de Naciones Unidas.2012:[100 p.].
47. Peralta H. La gestión del riesgo de desastres como política de desarrollo en Colombia post-Hyogo 2015. 2015 [cited 2015 26 Junio]. Available from: <http://ciudadesresilientescol.blogspot.com/2015/03/la-gestion-del-riesgo-de-desastres-como.html>.
48. Congreso de Colombia. Ley 1523 de 2012 [cited 2015 26 Junio]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=47141>.
49. UNICEF, RET. Acciones para la resiliencia de la niñez y la juventud. Guía para gobierno. Panamá 2013. [cited 2017 11 Noviembre]. Available from: [https://www.unicef.org/ecuador/Guia\\_gobiernos\\_acciones\\_resiliencia\\_ninez\\_juventud\\_SP.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/Guia_gobiernos_acciones_resiliencia_ninez_juventud_SP.pdf).
50. PNUD. Estrategia del PNUD para la Juventud 2014-2017. Juventud empoderada, futuro sostenible. Nueva York 2014. [cited 2017 11 Noviembre]. Available from: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/democratic-governance/youthstrategy.html>.
51. Ministerio de protección social. Guía de atención en salud mental en emergencia y desastre. Bogotá. 2011. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documents/Salud%20P%C3%BAblica/Ola%20invernal/gu%C3%ADa%20salud%20mental15%20julio%20-.pdf>.
52. Leal M, Barragan C, Salazar T, Shanchez H, Muñoz C. Yo soy. Cartilla de identidad, duelo y resiliencia. 2 ed. 2007. 42 p. [cited 2017 11 Noviembre]. Available from: <http://repository.oim.org.co/handle/20.500.11788/998>.
53. ICBF, MEN, OIM. Promoción de la resiliencia familiar, Manual de Agentes Educativos. Bogotá. 2009.
54. FENUR. Embarazo adolescente resiliencia paternal para calidad de vida: Nexso; [cited 2017 7 de Mayo]. Available from: <https://www.nexso.org/SolProfile/sl/0ede3cc5-866f-4716-ac32-d49511143fb2>.
55. DEVIDA. Programa Familias Fuertes: Amor y Límites. 2014 [cited 2017 5 de Noviembre]. Available from: <http://www.devida.gob.pe/seccion/servicios/familias-fuertes-amor-y-limites/>.
56. UNODC. Ministerios de Justicia y de Salud, UNODC y OPS abren convocatoria para entrenadores del programa 'Familias Fuertes: Amor y Límites' 2017 [cited 2017 5 de Noviembre]. Available from: <https://www.unodc.org/colombia/es/press/2017/Mayo/convocatoria-familias-fuertes-2017.html>.

57. OPS. Manual Familias Fuertes 2009 [cited 2017 5 de Mayo]. Available from: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Manual%20Familias%20Fuertes%20Guia%20para%20el%20Facilitador.pdf>.
58. UNODC. Programa "Familias Fuertes": Prevención del consumo de drogas; el VIH / SIDA; y la delincuencia entre los jóvenes a través de programas de aptitudes de familia en países de bajos y medianos ingresos. 2015 [cited 2017 5 de Noviembre]. Available from: <https://www.unodc.org/ropan/es/DrugDemandReduction/strong-families.html>.
59. MSPS. Política de atención integral en salud. Bogota.2016 [cited 2017 4 de Noviembre]. Available from: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/modelo-pais-2016.pdf>.
60. MSPS. Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAs. Bogota.2016 [cited 2017 4 de Noviembre]. Available from: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Manual-metodologico-rias.pdf>.
61. MSPS. Rutas integrales de atención en salud (RIAS) 2016 [cited 2017 4 de Noviembre]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>.
62. Cortés J, Flórez P, Gómez C, Reyes K, Romero L. Resiliencia y su relación con estilos de vida de los adultos mayores autovalentes. Cienc. enferm. 2012;XVIII(3):73-81. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300008>
63. Grotberg E. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The International Resilience Project., Bernard Van Leer Foundation. La Haya, Holanda.1995. [cited 2017 11 de Noviembre]. Available from: <https://bibalex.org/baifa/Attachment/Documents/115519.pdf>.
64. Garcia-Dia MJ, DiNapoli JM, Garcia-Ona L, Jakubowski R, O'Flaherty D. Concept analysis: resilience. Arch Psychiatr Nurs. 2013;27(6):264-70. doi: 10.1016/j.apnu.2013.07.003
65. Sierra C. Propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales en los colegios, Institución Educativa Empresarial y Agroindustrial los Andes 'INSEANDES'', Institución Educativa Silvestre Arenas, Colegio Técnico en Administración Microempresarial Ciudad del Sol mediante habilidades para la vida. Boyacá: Universidad Nacional Abierta y Distancia UNAD; 2014.
66. MSPBS, OPS, UNFPA, Viva Paraguay. Adolescencia, Manual clínico. Asunción-Paraguay. 2012. Available from: [http://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=384-manual-clinico-de-la-adolescencia&Itemid=253](http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=384-manual-clinico-de-la-adolescencia&Itemid=253).
67. Diccionario de la RAE. Edad [cited 2016 19 de mayo]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>.
68. OMS. Salud de los adolescentes. Available from: [[http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/)]. 2015 [cited 2015 18 de Enero].
69. OPS. Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington 1992. Available from:

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Manual%20de%20medicina%20de%20la%20adolescencia.pdf.

70. González-Arratia N, Valdez J. Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de investigación psicol.* 2013;3(1):941-55.

71. Saavedra-Guajardo E, Villalta-Paaucar M. Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit.* 2008;14:31-40.

72. Grotberg E. ¿Qué entendemos por resiliencia?, ¿cómo promoverla?, ¿cómo utilizarla? In: Grotberg E, editor. *La resiliencia en el mundo de hoy Cómo superar las adversidades.* Barcelona: Gedisa; 2006. p. 17-57.

73. OMPI. Las indicaciones geográficas Ginebra. Available from: [http://www.wipo.int/edocs/pubdocs/es/geographical/952/wipo\\_pub\\_952.pdf](http://www.wipo.int/edocs/pubdocs/es/geographical/952/wipo_pub_952.pdf).

74. Diccionario de la RAE. Procedencia 2016 [cited 2016 19 de Mayo]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=UEfuBID>.

75. García-Vesga M, Domínguez-de la Ossa E. Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv.* 2013;11(1):63-77. doi:10.11600/1692715x.1113300812

76. Diccionario de la RAE. Etnia 2016 [cited 2016 19 de mayo]. Available from: <http://dle.rae.es/?w=etnias&origen=REDLE>.

77. DANE. Colombia una nación multicultural. Su diversidad étnica 2007. Available from: [http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia\\_nacion.pdf](http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf).

78. García A, Saura J. El concepto de 'etnia' y sus trampas. *Comunicación e Ciudadanía.* 2008;6:1-18.

79. Wikipedia. Etnografía de Colombia 2016 [cited 2016 19 de mayo ]. Available from: [https://es.wikipedia.org/wiki/Etnograf%C3%ADa\\_de\\_Colombia](https://es.wikipedia.org/wiki/Etnograf%C3%ADa_de_Colombia).

80. Genero N. Culture, resiliency, and mutual psychological. In: McCubbin H, Thompson E, Thompson A, Futrell J, editors. *Resiliency in African-American Families.* 3. Hoiland Oaks: SAGE; 1998. p. 31-48.

81. Hines P. The family life cycle of African American families living in poverty. In: Carter B, McGoldrick M, editors. *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives.* Boston: Allyn & Bacon; 2005. p. 327-45.

82. Franklin D, James A. Ensuring inequality: The structural transformation of the African-American family. 2 ed. New York: Oxford University Press; 2015.

83. EEP. Glosario, Estrato socioeconómico [cited 2016 19 de mayo]. Available from: <http://www.eep.com.co/index.php/informacion-al-ciudadano/datos-de-interes/glosario?showall=&start=4>.

84. DANE. Preguntas frecuentes [cited 2016 27 de Marzo]. Available from: [http://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas\\_frecuentes\\_estratificacion.pdf](http://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas_frecuentes_estratificacion.pdf).

85. DANE. Estratificación socioeconómico [cited 2016 27 de Marzo]. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/estratificacion-socioeconomica/generalidades>.

86. Mina L. Estratificación socioeconómica como instrumento de focalización. *Economía y Desarrollo*. 2004;3(1):53-67.
87. Diccionario de la RAE. Estado civil [cited 2016 19 de mayo]. Available from: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=GjqhajH>.
88. Registraduría. Preguntas frecuentes [cited 2016 29 de Marzo]. Available from: [http://www.registraduria.gov.co/Informacion/preg\\_frec.htm](http://www.registraduria.gov.co/Informacion/preg_frec.htm).
89. Ley 979 de 2005 [cited 2016 29 de Marzo]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30898>.
90. Sentencia C-034/99 [cited 2016 29 de Marzo]. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/1999/C-034-99.htm>.
91. González A. Atributos de la personalidad. Del estado civil. In: González A, editor. *Introducción al Derecho*. Séptima ed. Bogotá: Ediciones Librería del Profesional; 2000. p. 205.
92. Mayordomo T. *Afrontamiento, resiliencia y bienestar a lo largo del ciclo vital*. Valencia: Universidad de Valencia; 2013.
93. Fahad A, Sandman M. Evaluation Resiliency Patterns Using the ER89: A case study form Kuwait. *Social Behavior and Personality*. 2000;28(5):505-14. doi: <https://doi.org/10.2224/sbp.2000.28.5.505>
94. Diccionario. Escolaridad [cited 2016 19 de mayo]. Available from: <http://www.wordreference.com/definicion/escolaridad>.
95. Villalta M. Factores de resiliencia asociados al rendimiento académico en estudiantes de contextos de alta vulnerabilidad social. *Rev. Ped.* 2010;31(88):159-88.
96. Diccionario de la RAE. Ocupación 2016 [cited 2016 19 de mayo]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=Qu0oRKT>.
97. Reyes-Estrada M, Rivera-Segarra E, Ramos-Pibernus A, Rosario-Hernández E, Rivera-Medina C. Desarrollo y validación de una escala para medir religiosidad en una muestra de adultos en puerto rico. *Revista puertorriqueña de psicología*. 2014;25(2):226 – 42.
98. Vanistendael S. *Resiliencia y espiritualidad. El realismo de la fe*. 11 ed. Ginebra: Bureau International Catholique de l'Enfance (BICE); 2003. 48 p.
99. Rodríguez M, Fernández M, Pérez M, Noriega R. Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*. 2011;11(2):24-49.
100. Wikipedia. Edad gestacional 2016 [cited 2016 19 de mayo]. Available from: [https://es.wikipedia.org/wiki/Edad\\_gestacional](https://es.wikipedia.org/wiki/Edad_gestacional).
101. OWH. Embarazo [cited 2016 19 de mayo]. Available from: <http://womenshealth.gov/espanol/embarazo/esta-embarazada/etapas-del-embarazo.html>.
102. Paredes A, Lattus J. Edad de gestación o edad gestacional. *Rev Obstet Ginecol*. 2013;8(2):88-93.
103. Cancino E, León H, Otálora R, Pérez E, Sarmiento R, Yates A. *Guía de control prenatal y factores de riesgo*. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). Bogotá. 2013. [cited 2016 19 de mayo] Available from:

<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%201.%20%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>

104. FECOPEN. Embarazo de alto riesgo [cited 2016 19 de mayo]. Available from: [http://www.fecopen.org/images/Embarazo\\_de\\_Alto\\_Riesgo.pdf](http://www.fecopen.org/images/Embarazo_de_Alto_Riesgo.pdf).

105. Alonso E. Comportamiento de los factores de riesgo en el parto pretermino. Argentina: Universidad de Matanza; 2011.

106. Herrera J. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. *Colomb Med*. 2002;33(1):21-5.

107. Kramer M, Goulet L, Lydon J, Séguin L, McNamara H, Dassa C, et al. Socio-economic disparities in preterm birth: causal pathways and mechanisms. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2001;15:104-23.

108. Falicov C. Latino families in therapy: A guide to multicultural practice. 1ra ed. New York: Guilford Press; 1998. 303 p.

109. Raffaelli M, Ontai L. 'She's 16 years old and there's boys calling over to the house': an exploratory study of sexual socialization in Latino families. *Culture, health & sexuality*. 2001;3(3):295-310. doi: 10.1080/13691050152484722

110. Feldman J, Pittman S. Adolescent pregnancy along the Texas-Mexico border: a systematic analysis of risk and resiliency in a Mexican American population. *Perspectivas sociales= Social Perspectives*. 2008;10(1):29-52.

111. Frisbie W, Forbes D, Hummer R. Hispanic pregnancy outcomes: additional evidence. *Social Science Quarterly*. 1998;79(1):149-69.

112. Padilla Y, Boardman J, Hummer R, Espitia M. Is the mexican american "epidemiologic paradox" advantage at birth maintained through early childhood? *Social Forces*. 2002;80(3):1101-23. doi: <https://doi.org/10.1353/sof.2002.0014>

113. Rodriguez N, Mira C, Paez N, Myers H. Exploring the Complexities of Familism and Acculturation: Central Constructs for People of Mexican Origin. *Am J Community Psychol*. 2007;39:61-77. doi: 10.1007/s10464-007-9090-7

114. Ayon C, Marsiglia F, Bermudez-Parsai M. Latino family mental health: exploring the role of discrimination and familismo. *J Community Psychol*. 2010;38(6):742-56. doi: 10.1002/jcop.20392

115. Losada A, Robinson S, Knight B, Márquez M, Montorio I, Izal M, et al. Cross-cultural study comparing the association of familism with burden and depressive symptoms in two samples of Hispanic dementia caregivers. *Aging Ment Health*. 2006;10(1):69-76. doi: 10.1080/13607860500307647

116. Bravo D, Umaña A, Guimond A, Updegraff K, Jahromi L. Familism, family ethnic socialization, and mexican-origin adolescent mothers' educational adjustment. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2014;20(3):389-400. doi: 10.1037/a0036527

117. Engle P, Scrimshaw S, Zambrana R, Dunkel C. Prenatal and postnatal anxiety in Mexican women giving birth in Los Angeles. *Health Psychol*. 1990;9(3):285-99.

118. Zambrana R, Dunkel-Schetter C, Collins N, Scrimshaw S. Mediators of ethnic-associated differences in infant birth weight. *J Urban Health*. 1999;76(1):102-16. doi: 10.1007/BF02344465

119. Campos B, Schetter C, Abdou C, Hobel C, Glynn L, Sandman C. Familialism, social support, and stress: positive implications for pregnant Latinas. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2008;14(2):155-62. doi: 10.1037/1099-9809.14.2.155
120. Hernández R, González M. Apoyo social, estrés y autoestima en mujeres de familias monoparentales y biparentales. *Summa psicológica ust*. 2011;8(1):29-36.
121. Flores B, Hernández R. Satisfacción con la vida y autoestima en jóvenes de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud*. 2013;18(1):117-22.
122. Valdivia C. La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF*. 2008;1:15.
123. Oliva E, Villa V. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*. 2014;10(1):11.
124. Mendoza-Solís L, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006;8(1):27-32.
125. Osorno-Navarro, M. Funcionalidad en las familias de las madres comunitarias de los hogares de bienestar infantil de Sincelejo, Colombia. *Curare*. 2014; 1(1): 27-33. doi: 10.16925/cu.v1i1.305
126. Tinglöf S, Högberg U, Wallin I, Skoog A. Exposure to violence among women with unwanted pregnancies and the association with post-traumatic stress disorder, symptoms of anxiety and depression. *Sex Reprod Healthc*. 2014;8:1-4. doi: 10.1016/j.srhc.2014.08.003
127. Han A, Stewart D. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;124:6-11. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.06.037
128. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zrowsky C. A Systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: Prevalence and risk factors. *Plos One*. 2011;6(3):1-9. doi: 10.1371/journal.pone.0017591
129. Mikton C. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. *Inj Prev*. 2010;16(5):359-60. doi: 10.1136/ip.2010.029629
130. OMS, OPS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja. [cited 2016 19 de mayo]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO\\_RHR\\_12.36\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf?ua=1)
131. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Lam-Figueroa N, Quino-Villanueva K, Espinoza-Lecca E, Yancachajlla-Apaza M, et al. Felicidad en mujeres puérperas: estudio multicéntrico en Lima Metropolitana y Callao. *Rev Peru Epidemiol*. 2012;16(1):1-7.
132. Alarcón R. Desarrollo de una Escala Factorial para Medir la Felicidad. *R interam Psicol*. 2006;40(1):99-106.
133. Vera-Villaruel P, Celis-Atenas K, Córdova-Rubio N. Evaluación de la felicidad: análisis psicométrico de la escala de felicidad subjetiva en población chilena. *Ter Psicol*. 2011;29(1):127-33. doi: 10.4067/S0718-48082011000100013

134. Yu Y, Peng L, Chen L, Long L, He W, Li M, et al. Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Res.* 2014;215:401-5. doi: 10.1016/j.psychres.2013.10.032
135. Andrade E, Acle-Tomasini G. Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Act.Colom.Psicol.* 2012;15(2):53-64.
136. Dunkel-Schetter C, Lobel M. Pregnancy and birth outcomes: A multilevel analysis of prenatal maternal stress and birth weight. In: Baum A, Revenson T, Singer J, editors. *Handbook of health psychology.* 2 ed. New York: Taylor & Francis Group; 2012. p. 431-64.
137. Paarlberg K, Vingerhoets A, Passchier J, Dekker G, Van Geijn H. Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. *J Psychosom Res.* 1995;39(5):563-95.
138. Hogue C, Hoffman S, Hatch M. Stress and preterm delivery: a conceptual framework. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2001;15(2):30-40.
139. Roos A, Faure S, Lochner C, Vythilingum B, Stein D. Predictors of distress and anxiety during pregnancy. *Afr J Psychiatry (Johannesbg).* 2013;16(2):118-22. doi: <http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v16i2.15>
140. UNFPA. Motherhood in Childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy; 2013. [cited 2017 13 de Noviembre]. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013.pdf>
141. UNFPA. Jamaica offers a model for preventing adolescent pregnancies while supporting young mothers; 2013 [cited 2016 19 de Abril]. Available from: <http://www.unfpa.org/news/jamaica-offers-model-preventing-adolescent-pregnancies-while-supporting-young-mothers#sthash.tBWXXXA2.dpuf>.
142. Benatuil D. Paternidad adolescente ¿Factor de riesgo o de resiliencia? *Psicodebate 5 Psicología, Cultura y Sociedad.* 2001:11-26. doi: 10.18682/pd.v5i0.448
143. Ariza A, Guevara L. El desempleo en la relación de pareja como generados de crisis y conflicto: factores protectores y estrategias de afrontamiento. Bogotá: Universidad de la Sabana; 2002.
144. Ulloque-Caamaño L, Monterrosa-Castro Á, Arteta-Acosta C. Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano. *Rev chil obstet ginecol.* 2015;80(6):462-74. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000600006>
145. Simkin H, Etchezahar E. Las Orientaciones Religiosas Extrínseca e Intrínseca: Validación de la "Age Universal" I-E Scale en el Contexto Argentino. *Psykhe.* 2013;22(1):97-106. doi:10.7764/psykhe.22.1.477
146. Canaval G, González M, Sánchez M. Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colomb Med.* 2007;38(4):72-8.
147. Gómez I. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2. Bogotá: Universidad nacional de Colombia en convenio con Universidad de Cartagena; 2010.

148. Mathiesen M, Mora O, Chamblás I, Navarro G. Orientaciones hacia la familia en estudiantes de enseñanza media de la provincia de concepción. *Revista Electrónica de Trabajo Social*. 2006;6:1-17.
149. Mathiesen M, Mora O, Chamblás I, Navarro G, Castro M. Valores morales y familia en estudiantes de enseñanza media de la provincia de Concepción. *Revista de Psicología*. 2002;11(2):55-74.
150. Suarez M, Alcalá M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz*. 2014;20(1):53-7.
151. Arias L, Herrera J. El APGAR familiar en el cuidado primario de la salud. *Colomb Med*. 1994;25(1):26-8.
152. CDC. Intimate partner violence and sexual violence victimization assessment instruments for use in healthcare settings; 2007. Available from: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/ipvandsvscreening.pdf>.
153. Collado S, Villanueva L. Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido. *Ginecol Obstet Mex*. 2007;75(5):259-67.
154. Álvarez L. Escala de creencias acerca de la felicidad en población adulta de la ciudad de Bucaramanga (Colombia). *Investig. desarro*. 2012;20(2):302-33.
155. Rodrigues A, Silva J. O papel das características sociodemográficas na felicidade. *Psico-USF*. 2010;15(1):113-23.
156. Ortiz M, Gancedo K, Reyna C. Propiedades psicométricas de la Escala de Felicidad Subjetiva en jóvenes y adultos de la ciudad de Córdoba – Argentina. *Suma Psicol*. 2013;20(1):45-56.
157. Vera-Villarroel P, Celis-Atenas K, Pavez P, Lillo S, Bello F, Díaz N, et al. Money, age and happiness: association of subjective wellbeing with socio-demographic variables. *rev.latinoam.psicol*. 2012;44(2):155-63.
158. Rojas-Barahona C, Zegers B, Förster C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev méd Chile*. 2009;137(6):791-800. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009>
159. EspectroAutista.Info. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES). Available from: <http://espectroautista.info/tests/emotividad/bienestar-emocional/RSES>.
160. Veselska Z, Madarasova A, Orosova O, Gajdosova B, Van Dijk J, Reijneveld S. Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. *Addict Behav*. 2009;34:287–91. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.11.005
161. Rodríguez M, Pereyra M, Gil E, Jofré M, De Bortoli M, Labiano L. Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar*. 2009;9:72-82.
162. Vinaccia S, Quiceno J. Resiliencia y Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica - IRC. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2011;XX(3):201-11.



163. Majul E, Casari L, Lambiase S. Resiliencia: Una experiencia con adolescentes de distinto contexto socioeconómico. *Revista Electrónica de Psicología*. 2012;l(1):19-40.
164. Congreso de Colombia. Ley 27 de 1977 [8 de Mayo de 2017]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4965>.
165. Ministerio de salud. Resolución N° 008430 de 1993 [8 de Mayo del 2017]. Available from: [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf).
166. Feldman J. The effect of support expectations on prenatal attachment: an evidence-based approach for intervention in an adolescent population. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 2007;24(3):209-34.
167. Monterrosa A, Arteta-Acosta C, Ulloque-Caamaño L. Violencia doméstica en adolescentes embarazadas: caracterización de la pareja y prevalencia de las formas de expresión. *Iatreia*. 2017;30(1):34-46. doi: 10.17533/udea.iatreia.v30n1a03
168. Tenezaca R. La resiliencia en adolescentes embarazadas, atendidas en el "hospital provincial general docente de la ciudad de riobamba", periodo 2011 - 2012. Riobamba: Universidad Nacional De Chimborazo; 2012.
169. Nordin N, Wahab R, Yunus F. Psychological well-being of young unwed pregnant women: implications for extension education and programs. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2012;68:700 –9. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.12.260
170. Meneghel I, Salanova M, Martínez I. El camino de la resiliencia organizacional-Una revisión teórica. *Aloma*. 2013;31(2):13-24.
171. Murphey D, Barry M, Vaughn B. Positive mental health: Resilience. *Child Trends*. 2013;Publication # 2013-3:1-6. [13 de Noviembre del 2017]. Available from: [http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/Child\\_Trends-2013\\_11\\_01\\_AHH\\_Resilience.pdf](http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/Child_Trends-2013_11_01_AHH_Resilience.pdf)
172. Burbano S. El proceso de resiliencia en madres adolescentes. Quito/Ecuador: Universidad Andina Simon Bolivar; 2004.
173. Polo C. Resiliencia: factores protectores en adolescentes de 14 a 16 años. Chile: Universidad de Aconcagua 2009.
174. Sa'ad a F, Yusooff F, Nen S, Subhi N. The effectiveness of person-centered therapy and cognitive psychology ad-din group counseling on self-concept, depression and resilience of pregnant out-of-wedlock teenagers. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2014;114:927-32. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.12.809
175. Caivinagua J. Autoestima y características obstétricas en adolescentes embarazadas del Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca; 2016.
176. Rodríguez Z. Estado emocional y gestación: La influencia del nivel de ansiedad materno en los resultados perinatales. León, España: Universidad de León; 2015.

177. Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A, Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affect Disord.* 2009;119(1-3):142-8. doi: 10.1016/j.jad.2009.03.005
178. Esteinou R. Fortalezas y desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de América y México. México: Publicaciones de la Casa Chata; 2006. 520 p.
179. Gallo L, Penedo F, Espinosa K, Arguelles W. Resiliency in the face of disadvantage: do hispanic cultural characteristics protect health outcomes?. *J Pers.* 2009;77(6):1707-46. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00598.x
180. Echeverría K. La influencia de la disfuncionalidad familiar en la resiliencia en niños y niñas en el medio escolar de 6to de Básica del Centro Educativo Jesús María Yepes de la ciudad de Quito. Quito: Universidad Central de Ecuador; 2015.
181. Palacios K, Sánchez H. Funcionamiento familiar y resiliencia en alumnos de 2º a 5º de secundaria de una institución educativa pública de Lima-Este, 2015. Lima: Universidad Peruana Unión; 2016.
182. Yupanqui Z, Ingaroca L, Carbajal A. Funcionamiento familiar y resiliencia en estudiantes de quinto año de teología de la universidad peruana unión. *Estrategias para el cumplimiento de la misión.* 2012;9(1):7 - 19. doi: <http://dx.doi.org/10.17162/recm.v9i1.271>
183. Blake S, Kiely M, Gard C, El-Mohandes A, El-Khorazaty M, Initiative N-D. Pregnancy intentions and happiness among pregnant black women at high risk for adverse infant health outcomes. *Perspect Sex Reprod Health.* 2007;39(4):194-205. doi: 10.1363/3919407
184. Sable M, Wilkinson D. Impact of perceived stress, major life events and pregnancy attitudes on low birth weight. *Fam Plann Perspect.* 2000;32(6):288-94.
185. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;115(6):481-6. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00950.x
186. Moses-Kolko E, Roth E. Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. *J Am Med Womens Assoc.* 2004;5(3):181.
187. González-Arratia N, Valdez J. Resiliencia y felicidad: el impacto de hechos vitales negativos y positivos en adolescentes. *Pensando Psicología.* 2013;9(16):43-53. doi: 10.16925/pe.v9i16.616
188. Tras Z, Arslan C, Hamarta E. An examination of resilience in university students in terms of self-esteem and social self-efficacy. *International Journal of Academic Research.* 2013;5(3):325-30. doi: 10.7813/2075-4124.2013/5-3/B.49
189. Comisión Europea. Enfermedades crónicas y de alta prevalencia [cited 2017 10 de Noviembre]. Available from: [https://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/diseases\\_es](https://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases_es)

## ANEXOS

### ANEXO 1. TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	CRITERIO DE CLASIFICACION
<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Edad</b>	Tiempo de vida en años	Cuantitativa continua	Razón	10, 11,12, 13....17, 18, 19 años
	<b>Etapas de la adolescencia</b>	Clasificación según la OMS de adolescencia de acuerdo a la edad	Cualitativa	Ordinal	Temprana, tardía
	<b>Procedencia</b>	Lugar de donde proviene	Cualitativa	Nominal	Urbano, Rural
	<b>Etnia</b>	Personas que comparten rasgos culturales, idioma, religión, celebración de ciertas festividades, expresiones artísticas vestimenta, nexos históricos, tipo de alimentación y un territorio.	Cualitativa	Nominal	Negro, Indígena, Mestizo, blanco, otro.
	<b>Estrato socioeconómico</b>	Nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida.	Cualitativa	Ordinal	1 Bajo-bajo, 2 Bajo, 3 Medio-bajo, 4 Medio, 5 Medio-alto, 6 Alto.
	<b>Estado civil</b>	Condición de una persona en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa	Nominal	Soltera, casada, unión libre.

	<b>Escolaridad</b>	Grados de estudios culminados.	Cualitativa	Ordinal	Preescolar, Básica Primaria (1° a 5°), Básica Secundaria (6° a 9°), Educación Media (10° a 11°), Educación Superior (técnico, tecnólogo y profesional).
	<b>Ocupación</b>	Actividad o trabajo.	Cualitativa	Nominal	Estudia, trabaja, estudia y trabaja, no hace nada.
	<b>Asiste a iglesia</b>	Asistir regularmente y hacer parte de una iglesia	Cualitativa	Nominal	Si, no
	<b>Religiosidad</b>	Los sentimientos, pensamientos, experiencias y comportamientos que surgen de la búsqueda de lo sagrado. Entendida como el constructo ligado al aspecto institucional.	Cuantitativa discreta	Razón	1,2,3,4,5 puntos
	<b>Espiritualidad</b>	Los sentimientos, pensamientos, experiencias y comportamientos que surgen de la búsqueda de lo sagrado, es entendida como el aspecto relacionado a lo personal y subjetivo.	Cuantitativa discreta	Razón	1,2,3,4,5,6 puntos
	<b>Intervalo de puntuación total de escala de perspectiva espiritual</b>	Intervalos contruidos con las puntuaciones totales de la escala de	Cualitativa	Ordinal	[49,60], [38,49), [27,38), [16,27), [5,16) puntos

		espiritualidad			
<b>Características ginecobstetricas</b>	<b>Semana de gestación</b>	Numero de semanas de gestación desde la fecha de última menstruación o desde la primera ecografía.	Cuantitativa continua	Razón	1,2,3,4,5.....37, 38,39, 40 semanas
	<b>Trimestre de embarazo</b>	Etapas en las que se divide el embarazo, que duran 3 meses cada una.	Cuantitativa		1er, 2do y 3er trimestre
	<b>Ecografías</b>	Realización de ecografías	Cualitativa	Nominal	Si, no
	<b>Numero de ecografías</b>	Numero de ecografías que lleva realizadas durante el embarazo	Cuantitativa discreta	Razón	1,2,3,4,...ecografías
	<b>Intervalo número de ecografía</b>	Intervalos construido de acuerdo al mínimo de ecografía que deben hacerse en el embarazo	Cualitativa	Ordinal	Menos de 3 y 3 o más ecografías
	<b>Control prenatal</b>	Asistencia a la citas de control prenatal.	Cualitativa	Nominal	Si, no
	<b>Trimestre de inicio de control prenatal</b>	Trimestre del embarazo en el cual inicio el control prenatal	Cualitativa	Ordinal	1er, 2do, 3er trimestre, no ha iniciado
	<b>Percepción de embarazo de riesgo</b>	Ser consciente y percibir si su embarazo es de riesgo	Cualitativa	Nominal	Si, no
	<b>Patología en el embarazo</b>	Ha presentado alguna de las siguientes entidades ahora que esa embarazada: amenaza de aborto, trastorno hipertensivo del	Cualitativa	Nominal	Si, no

		embrazo, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretermino, enfermedades infecciosas que requieran hospitalización.			
<b>Características familiares</b>	<b>Funcionalidad familiar</b>	Percepción de la funcionalidad de la familia de acuerdo al APGAR familiar.	Cualitativa	Nominal	Función normal y disfunción familiar
	<b>Familismo</b>	Apego a la familia nuclear y ampliada junto con un fuerte sentimiento de lealtad, reciprocidad y solidaridad entre los miembros de la familia.	Cuantitativa Discreta	Razón	0,1,2,3,4,5 puntos
	<b>Intervalo de puntuación total de la escala de Familismo de Bardis</b>	Intervalos contruidos con las puntuaciones totales de la escala de familismo.	Cualitativa	Ordinal	[48.5,60.5), [36.5,48.5), [24.5,36.5), [12.5,24.5), [0.5,12.5) puntos
	<b>Personas con quien convive</b>	Personas con las que convive constantemente.	Cualitativa	Nominal	Compañero/pareja, Padres (mama, papa, ambos), compañero/pareja y sus padres, compañero/pareja y otros familiares, familiares del compañero/pareja, otros familiares, otras personas o amigas.
	<b>Apoyo de la familia</b>	Recibir apoyo por parte de la familia.	Cualitativa	Nominal	Si, no
	<b>Apoyo del compañero</b>	Recibe apoyo del compañero	Cualitativa	Nominal	Si, no
	<b>Tipo de familia</b>	Tipo de familia a la que pertenece o perteneció, como está o estuvo	Cualitativa	Nominal	Monoparental, Biparental, no vivió o vive con sus padres

		conformada			
	<b>Violencia en el embarazo</b>	Presencia de violencia física y sexual durante el embarazo de acuerdo a la escala ASS.	Cualitativa	Nominal	Si, no
<i>Hábitos</i>	<b>Sustancia psicoactiva</b>	Consume alguna sustancia psicoactiva	Cualitativa	Nominal	Si, no
	<b>Alcohol</b>	Consume alcohol	Cualitativa	Nominal	Si, no
	<b>Cigarrillo</b>	Consume cigarrillo	Cualitativa	Nominal	Si, no
<i>Estado sicoemocional</i>	<b>Felicidad subjetiva</b>	Percepción subjetiva de estar bien, de sentirse feliz de acuerdo a las escalas de felicidad subjetiva.	Cuantitativa discreta	Razón	1,2,3,4,5,6,7 puntos
	<b>Intervalo de puntuación total de la escala de felicidad subjetiva</b>	Intervalos contruidos con las puntuaciones totales de la escala de felicidad subjetiva.	Cualitativa	Ordinal	[23.6,28], [19.2,23.6), [14.8,19.2), [6,14.8) puntos
	<b>Autoestima</b>	Nivel de autoestima de acuerdo a la escala.	Cualitativa	Ordinal	Baja y alta autoestima.
	<b>Resiliencia</b>	Nivel de resiliencia de acuerdo a la escala.	Cualitativa	Ordinal	Baja, moderada y alta resiliencia.
<i>Apoyo social</i>	<b>Apoyo de amigos</b>	Recibe apoyo por parte de un amigo.	Cualitativa	Nominal	Si, no
	<b>Apoyo de entidades gubernamentales y no gubernamentales</b>	Recibe apoyo por parte de la escuela, servicios de salud, programas del gobierno o privados.	Cualitativa	Nominal	Si, no
<i>Características del compañero</i>	<b>Edad</b>	Tiempo de vida en años del compañero	Cuantitativa continua	Razón	10, 11,12, 13.... años
	<b>Grupo etario</b>	Grupo etario al que pertenece	Cualitativa	Ordinal	Adolescente, adulto

		de acuerdo a la edad.			
	<b>Escolaridad</b>	Grados de estudios culminados del compañero.	Cualitativa	Ordinal	Preescolar, Básica Primaria (1° a 5°), Básica Secundaria (6° a 9°), Educación Media (10° a 11°), Educación Superior (técnico, tecnólogo y profesional), no sabe.



## ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Fecha de elaboración: 1 Febrero 2016, Versión 1**

Universidad del Norte-Maestría en Epidemiología  
Universidad de Cartagena, Grupo de Investigación Salud de la Mujer-Facultad de Medicina.

Departamento Administrativo de Ciencias, Tecnología e Innovación de Colombia (COLCIENCIAS)

### **FACTORES ASOCIADOS A NIVEL DE RESILIENCIA BAJO EN GESTANTE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE CARTAGENA EN EL AÑO 2016**

#### **CONSENTIMIENTO PARA PADRES Y/O REPRESENTANTES LEGALES**

**Investigador Principal:** Liezel Ulloque Caamaño

**Co-investigador:** Álvaro Monterrosa Castro

**Entidad donde se desarrolla la investigación o patrocinador:**

Universidad del Norte, Departamento de salud pública/Maestría en epidemiología. Km. 5 Vía Puerto Colombia. Atlántico/Colombia.

Universidad de Cartagena, Departamento de investigaciones, Grupo de investigación salud de la mujer. Barrio Zaragocilla.

Departamento Administrativo de Ciencias, Tecnología e Innovación de Colombia (COLCIENCIAS) mediante la Resolución N° 299 del 2015. Convocatoria N° 706-2015, "Convocatoria Jóvenes investigadores e innovadores. Proyecto ganador en la convocatoria.

**Naturaleza y Objetivo del estudio:** Este estudio en el que participara su hija o representada, es un estudio observacional, descriptivo, transversal, en el que el investigador no hará ninguna intervención sobre la gestante, solo se encargara de tomar datos en un momento dado y con ellos hará una descripción de cuantas gestantes adolescentes presentan nivel de resiliencia baja y los factores que puedan estar influenciando en esto. La resiliencia es la capacidad de una persona para sobreponerse de las dificultades de la vida y salir adelante.

**Propósito:** Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para que su hija o representada, participe en este estudio **Factores Asociados A Nivel De Resiliencia Bajo En Gestante Adolescentes De La Ciudad De Cartagena En El Año 2016**, que pretende conocer cuáles son los factores que se asocian a nivel de resiliencia bajo en gestantes adolescente.

**Procedimiento:** Si usted acepta que su hija o representada participe, a ella se le solicitará responder a una encuesta, donde se indagara por datos sobre el

embarazo, conformación familiar, escolaridad, edad, etnia, donde vive, ayuda recibida, algunos datos sobre el compañero como edad, escolaridad, además, tendrá que responder a unas escalas sobre, violencia, autoestima, felicidad subjetiva, función familiar, religiosidad, espiritualidad y resiliencia, dichos datos se utilizarán únicamente para este estudio, y se tomarán en un solo momento, sin hacer seguimiento a la gestante adolescente.

**Riesgos asociados a su participación en el estudio:** El estudio ha sido catalogado como “con riesgo mínimo”, con base en la Resolución 008430 de 1993 de la República de Colombia. Aunque no se hará ninguna intervención, ni recolección de muestras de laboratorio, ni examen físico, la información que se busca obtener en el estudio sobre los factores que se asocian a nivel de resiliencia bajo, a través de la encuesta, identificara aspectos sensitivos que lo puedan afectar mentalmente.

**Beneficios de su participación en el estudio:** Participar en el estudio no genera un beneficio directo para usted ni para su hija o representada, pero los resultados obtenidos del estudio podrán generar beneficio futuro para muchas personas. Ya que, si usted acepta que su hija o representada participe en el estudio contribuirá a la identificación de situaciones o condiciones que estén relacionados con el nivel de resiliencia baja; y por lo tanto se podrá posteriormente diseñar e implementar programas orientados mejorarlos, con base en los resultados del estudio.

**Voluntariedad:** Su participación es voluntaria, no tiene ningún costo. Si usted decide no participar ó retirarse del estudio en cualquier momento, aun cuando haya iniciado su participación del estudio puede hacerlo sin que esto ocasione una sanción o castigo para usted.

**Confidencialidad:** Si usted decide que su hija o representada participe, garantizamos que toda la información suministrada será manejada con absoluta confidencialidad, sus datos personales no serán publicados ni revelados, el investigador principal se hace responsable de la custodia y privacidad de los mismos. El nombre de su hija o representada y otra información de identificación no aparecerán en ningún reporte del actual o futuro estudios excepto en este documento

**Compartir los resultados:** Los resultados de la investigación se compartirán una vez terminado el estudio en publicaciones, revistas, conferencias, etc., pero la información personal permanecerá confidencial, ya que se mostraran solo datos numéricos y porcentuales.

**Conflicto de interés del investigador:** El investigador declara no tener ningún conflicto de interés.

**Contacto:** Si tiene dudas puede comunicarse con el investigador principal Liezel Ulloque Caamaño al teléfono 3205941784, Dirección Cartagena, Barrio Las Margaritas Mz D Lt 9 y correo electrónico liucax@hotmail.com. O con el director del Grupo de investigación Salud de la Mujer de la Universidad de Cartagena Alvaro Monterrosa Castro al teléfono 3157311275, Dirección Cartagena, La Matuna Edificio City Bank, piso 6 oficina 6ª y correo electrónico [www.grupodeinvestigacionsaluddelamujer.com](http://www.grupodeinvestigacionsaluddelamujer.com).

**Datos del comité de ética en investigación que avala el proyecto:** Gloria C Visbal Illera Presidente. Comité de ética en investigación en el área de la salud Universidad del Norte. Kilómetro 5 Vía Puerto Colombia. Bloque F primer piso. Tel 3509509 ext. 3493.

Correo del Comité de Ética en Investigación: [comité\\_eticauninorte@uninorte.edu.co](mailto:comité_eticauninorte@uninorte.edu.co)

Página web del Comité: [www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comité\\_etica](http://www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comité_etica)

He entendido la información que se expone en este consentimiento y me han respondido las dudas e inquietudes surgidas.

**Autorización:** Estoy de acuerdo o acepto participar en el presente estudio.

Para constancia, firmo a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma y Cedula del responsable de la gestante adolescente

Declaración del investigador:

Yo certifico que le he explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que esta persona entiende en qué consiste la participación de la gestante adolescente, los posibles riesgos y beneficios implicados. Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento informado. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_



**Fecha de elaboración: 23 de Mayo 2016, Versión 1**

Universidad del Norte-Maestría en Epidemiología

Universidad de Cartagena, Grupo de Investigación Salud de la Mujer-Facultad de Medicina.

Departamento Administrativo de Ciencias, Tecnología e Innovación de Colombia (COLCIENCIAS)



## **FACTORES ASOCIADOS A NIVEL DE RESILIENCIA BAJO EN GESTANTE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE CARTAGENA EN EL AÑO 2016**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTE MAYOR DE EDAD**

**Investigador Principal:** Liezel Ulloque Caamaño

**Co-investigador:** Álvaro Monterrosa Castro

#### **Entidad donde se desarrolla la investigación o patrocinador:**

Universidad del Norte, Departamento de salud pública/Maestría en epidemiología. Km. 5 Vía Puerto Colombia. Atlántico/Colombia.

Universidad de Cartagena, Departamento de investigaciones, Grupo de investigación salud de la mujer. Barrio Zaragocilla.

Departamento Administrativo de Ciencias, Tecnología e Innovación de Colombia (COLCIENCIAS) mediante la Resolución N° 299 del 2015. Convocatoria N° 706-2015, "Convocatoria Jóvenes investigadores e innovadores. Proyecto ganador en la convocatoria.

**Naturaleza y Objetivo del estudio:** Este estudio en el que participara la gestante adolescente es un estudio observacional, descriptivo, transversal, en el que el investigador no hará ninguna intervención sobre la gestante, solo se encargara de tomar datos en un momento dado y con ellos hará una descripción de cuantas gestantes adolescentes presentan nivel de resiliencia baja y los factores que puedan estar influenciando en esto. La resiliencia es la capacidad de una persona para sobreponerse de las dificultades de la vida y salir adelante.

**Propósito:** Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para participar en este estudio **Factores Asociados A Nivel De Resiliencia Bajo En Gestante Adolescentes De La Ciudad De Cartagena En El Año 2016**, que pretende conocer cuáles son los factores que se asocian a nivel de resiliencia bajo en gestantes adolescente.

**Procedimiento:** Si usted acepta participar se le solicitará responder a una encuesta, donde se indagara por datos sobre el embarazo, conformación familiar, escolaridad, edad, etnia, donde vive, ayuda recibida, algunos datos sobre el compañero como edad, escolaridad, además, tendrá que responder a unas escalas sobre, violencia, autoestima, felicidad subjetiva, función familiar,

religiosidad, espiritualidad y resiliencia, dichos datos se utilizarán únicamente para este estudio, y se tomarán en un solo momento, sin hacerle seguimiento.

**Riesgos asociados a su participación en el estudio:** El estudio ha sido catalogado como “con riesgo mínimo”, con base en la Resolución 008430 de 1993 de la República de Colombia. Aunque no se hará ninguna intervención, ni recolección de muestras de laboratorio, ni examen físico, la información que se busca obtener en el estudio sobre los factores que se asocian a nivel de resiliencia bajo, a través de la encuesta, identificara aspectos sensitivos que lo puedan afectar mentalmente.

**Beneficios de su participación en el estudio:** Participar en el estudio no genera un beneficio directo para usted, pero los resultados obtenidos del estudio podrán generar beneficio futuro para muchas personas. Ya que, si usted acepta participar en el estudio contribuirá a la identificación de situaciones o condiciones que estén relacionados con el nivel de resiliencia baja; y por lo tanto se podrá posteriormente diseñar e implementar programas orientados a mejorarlos, con base en los resultados del estudio.

**Voluntariedad:** Su participación es voluntaria, no tiene ningún costo. Si usted decide no participar ó retirarse del estudio en cualquier momento, aun cuando haya iniciado su participación del estudio puede hacerlo sin que esto ocasione una sanción o castigo para usted.

**Confidencialidad:** Si usted decide participar, garantizamos que toda la información suministrada será manejada con absoluta confidencialidad, sus datos personales no serán publicados ni revelados, el investigador principal se hace responsable de la custodia y privacidad de los mismos. Su nombre y otra información de identificación no aparecerán en ningún reporte del actual o futuro estudios excepto en este documento

**Compartir los resultados:** Los resultados de la investigación se compartirán una vez terminado el estudio en publicaciones, revistas, conferencias, etc., pero la información personal permanecerá confidencial, ya que se mostraran solo datos numéricos y porcentuales.

**Conflicto de interés del investigador:** El investigador declara no tener ningún conflicto de interés.

**Contacto:** Si tiene dudas puede comunicarse con el investigador principal Liezel Ulloque Caamaño al teléfono 3205941784, Dirección Cartagena, Barrio Las Margaritas Mz D Lt 9 y correo electrónico liucax@hotmail.com. O con el director del Grupo de investigación Salud de la Mujer de la Universidad de Cartagena Alvaro Monterrosa Castro al teléfono 3157311275, Dirección Cartagena, La

Matuna Edificio City Bank, piso 6 oficina 6ª y correo electrónico [www.grupodeinvestigacionsaluddelamujer.com](http://www.grupodeinvestigacionsaluddelamujer.com).

**Datos del comité de ética en investigación que avala el proyecto:** Gloria C Visbal Illera Presidente. Comité de ética en investigación en el área de la salud Universidad del Norte. Kilómetro 5 Vía Puerto Colombia. Bloque F primer piso. Tel 3509509 ext. 3493.

Correo del Comité de Ética en Investigación: [comité\\_eticauninorte@uninorte.edu.co](mailto:comité_eticauninorte@uninorte.edu.co)

Página web del Comité: [www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comité\\_etica](http://www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comité_etica)

He entendido la información que se expone en este consentimiento y me han respondido las dudas e inquietudes surgidas.

**Autorización:** Estoy de acuerdo o acepto participar en el presente estudio.

Para constancia, firmo a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma y Cedula de la gestante adolescente

Declaración del investigador:

Yo certifico que le he explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que esta persona entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados. Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento informado. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_



### ANEXO 3. ASENTIMIENTO

Fecha de elaboración: 1 Febrero 2016, Versión 1



Universidad del Norte-Maestría en Epidemiología  
Universidad de Cartagena, Grupo de Investigación Salud de la Mujer-Facultad de  
Medicina.  
Departamento Administrativo de Ciencias, Tecnología e Innovación de Colombia  
(COLCIENCIAS)

#### **FACTORES ASOCIADOS A NIVEL DE RESILIENCIA BAJO EN GESTANTE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE CARTAGENA EN EL AÑO 2016**

##### **INFORMACION PARA MENORES DE EDAD ASENTIMIENTO**

**Investigador Principal:** Liezel Ulloque Caamaño

**Co-investigador:** Álvaro Monterrosa Castro

**Entidad donde se desarrolla la investigación o patrocinador:**

Universidad del Norte, Departamento de salud pública/Maestría en epidemiología.  
Km. 5 Vía Puerto Colombia. Atlántico/Colombia.

Universidad de Cartagena, Departamento de investigaciones, Grupo de  
investigación salud de la mujer. Barrio Zaragocilla.

Departamento Administrativo de Ciencias, Tecnología e Innovación de Colombia  
(COLCIENCIAS) mediante la Resolución N° 299 del 2015. Convocatoria N° 706-  
2015, "Convocatoria Jóvenes investigadores e innovadores. Proyecto ganador en  
la convocatoria.

**Introducción:** Soy médico y también investigadora, y estoy desarrollando un  
trabajo de investigación en embarazadas adolescentes entre 10 y 19 años, para  
ver en ellas que factores (características) pueden estar influenciando en tener un  
nivel resiliencia bajo y para poder realizarlo se te está pidiendo tu ayuda en  
participar de este estudio. La resiliencia es la capacidad de una persona para  
sobreponerse de las dificultades de la vida y salir adelante.

**Explicación:** Mi nombre es Liezel Ulloque Caamaño y mi trabajo consiste en  
investigar qué factores (características) pueden estar influenciando en tener un  
nivel resiliencia bajo en las gestantes adolescente. Queremos saber si con esta  
investigación se les ayudara más adelante a controlar esos factores y mejorar la  
resiliencia. Le voy a dar información e invitarle a tomar parte de este estudio de  
investigación. Puedes elegir si participar o no. Hemos discutido esta investigación  
con tus padres/apoderado y ellos saben que te estamos preguntando a ti también  
para tu aceptación. Si vas a participar en la investigación, sus padres/apoderado  
también tienen que aceptarlo. Pero si no deseas tomar parte en la investigación no

tiene porque hacerlo, aún cuando tus padres lo hayan aceptado. Puedes discutir cualquier aspecto de este documento con tus padres o amigos o cualquier otro con el que te sientas cómodo. Puedes decidir participar o no después de haberlo discutido. No tienes que decidirlo inmediatamente. Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras que te las explique mejor porque estás interesado o preocupado por ellas. Por favor, puedes pedirme que pare en cualquier momento y me tomaré tiempo para explicártelo.

**Objetivo: ¿Por qué se está haciendo esta investigación?**

Queremos saber cuáles factores (elementos, causas) pueden relacionarse con que las mujeres gestantes adolescentes tengan un nivel de resiliencia bajo, para que esto pueda servir como punto de partida de otras investigaciones y para crear estrategias que permitan quitar o mejorar esos factores que influyen en que una mujer tenga baja resiliencia.

**Elección de participantes: ¿Por qué me pide a mí?**

Estamos haciéndole unas preguntas sobre el embarazo, conformación familiar, escolaridad, edad, etnia, donde vive, ayuda recibida, algunos datos sobre el compañero como edad, escolaridad, escalas sobre, violencia, autoestima, felicidad subjetiva, función familiar, religiosidad, espiritualidad y resiliencia a mujeres adolescentes entre 10 y 19 años embarazadas que acuden a esta institución.

**La participación es voluntaria: ¿Tengo que hacer esto?**

No tienes por qué participar en esta investigación si no lo deseas. Es tu decisión si decides participar o no en la investigación, está bien y no cambiara nada. Incluso si dices que “sí” ahora, puedes cambiar de idea más tarde y estará bien, no pasará nada.

**Procedimientos ¿Qué me va a suceder?**

Si decides participar, te aplicaremos una encuesta las primeras preguntas se te harán, y las escalas las tendrás que leer e ir respondiendo con una X, una vez terminada la encuesta no se te contactara más, ni se te hará seguimiento.

**Riesgos: ¿Es esto malo o peligroso para mí?**

Con la participación a esta investigación no tendrás ningún riesgo físico, algunas preguntas pueden tocar temas personales íntimos y de tu personalidad y conducta, que en el momento podrían incomodarte, por tal motivo esas preguntas serán autoaplicadas (tu leerás la pregunta y la responderá sola) y nadie sabrá de esa información.

**Molestias: ¿Dolerá?**

No sentirás ningún dolor.

**Beneficios: ¿Hay algo bueno que vaya a ocurrirme?**



El estudio no te dará ningún beneficio directo a ti, pero esta investigación podría ayudar a identificar factores que afecten la resiliencia y más adelante crear estrategias para mejorarlos. Y así podrías estar ayudando a otras futuras embarazadas adolescentes.

**Incentivos: ¿Obtengo algo por participar en la investigación?**

Por la participación en la investigación no recibirás dinero. Si al final de la investigación se identifica que tienes nivel de resiliencia bajo se te solicitara una valoración por salud mental de la institución en la que te encuentras siendo atendida.

**Confidencialidad: ¿Van a saber todos acerca de esto?**

No diremos a otras personas que estas en ésta investigación y no compartiremos información sobre ti a nadie que no trabaje en el estudio de investigación. La información sobre usted recogida por la investigación será retirada y nadie sino los investigadores podrán verla. Cualquier información sobre usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se guardará la información.

**Compensación: ¿Qué pasa si resulto dañado?**

Si se identifica que tienes nivel de resiliencia bajo se te informara y se te redireccionara hacia el servicio de salud mental de la institución donde te atienden.

**Compartir los resultados: ¿Me informará de los resultados?**

Cuando finalicemos la investigación, se les informara a todas las participantes lo que hemos aprendido. También le daré un informe con los resultados. Después, informaremos a más gente, a científicos y a otros, sobre la investigación y lo que hemos averiguado. Lo haremos escribiendo, compartiendo informes y en encuentros con personas interesadas en nuestro trabajo.

**Derecho a Negarse o a Retirarse de la investigación. ¿Puedo elegir no participar en la investigación? ¿Puedo cambiar de idea?**

No es obligatorio que participe en esta investigación. Nadie se enfadará o molestará con usted si dice que no. Eres libre de tomar la decisión. Puedes pensar en ello y responder más tarde si quieres. Puedes decir “sí” ahora y cambiar de idea más tarde y también estará bien.

**A Quien Contactar: ¿Con quién puedo hablar para hacer preguntas?**

Puedes hacerme preguntas ahora o más tarde. Tengo un número 3205941784 y dirección Cartagena, Barrio Las Margaritas Mz D Lt 9, donde puedes localizarme o, si estas cerca, puedes venir y vernos, también puedes contactarte con Alvaro Monterrosa Castro su teléfono es 3157311275, y su dirección Cartagena, La Matuna Edificio City Bank, piso 6 oficina 6ª. Si quieres hablar con alguien más del centro que ha aprobado esta investigación:

Gloria C Visbal Illera Presidente. Comité de ética en investigación en el área de la salud Universidad del Norte. Kilómetro 5 Vía Puerto Colombia. Bloque F primer piso. Tel 3509509 ext. 3493.

Correo del Comité de Ética en Investigación:  
[comité\\_eticauninorte@uninorte.edu.co](mailto:comité_eticauninorte@uninorte.edu.co)

Página web del Comité: [www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comité\\_etica](http://www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comité_etica)

Si elegiste ser parte de esta investigación, también te daré una copia de esta información para ti. Puedes pedir a tus padres que lo examinen si quieres.

Entiendo que la investigación quieres saber cuáles son los factores que pueden estar ocasionando un nivel de resiliencia bajo en gestantes adolescentes, y entiendo que para eso debo responder a unas preguntas y auto-responder unas escalas.

“Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo. Acepto participar en la investigación”

Solo si el niño/a asiente:

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_

Firma del niño/a: \_\_\_\_\_

Y Huella dactilar del niño/menor (si no sabe escribir):

Fecha (Día/mes/año): \_\_\_\_\_

O “Yo no deseo participar en la investigación y no he firmado el asentimiento”.  
\_\_\_\_\_(iniciales del niño/menor)

\_\_\_\_\_  
Día/mes/año

Copia dada al participante \_\_\_\_\_ (iniciales del investigador/asistente)

El Padre/madre/apoderado ha firmado un consentimiento informado \_Si \_No  
(iniciales del investigador/asistente)

### **Declaración del investigador**

Yo certifico que le he explicado al menor de edad la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que él o ella entienden en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados. Todas las preguntas que el menor de

edad ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del asentimiento. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

## ANEXO 4. AVAL DE COMITÉ DE ÉTICA



Comité de Ética en investigación de la División  
Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte

**ACTA DE EVALUACION: N° 143**

**Fecha:** 26 de Mayo del 2016

**Nombre Completo del Proyecto:** "FACTORES ASOCIADOS A NIVEL DE RESILIENCIA BAJO EN GESTANTE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE CARTAGENA EN EL AÑO 2016"

**Sometido por:**

**Investigadora principal:** Liezel Ulloque Caamaño

**Co-investigador:** Álvaro Monterrosa Castro

**Asesores:** Edgar Navarro Lechuga, Asesor metodológico y Mariela Borda Pérez, Asesor de contenido

**Sitio en que se conduce o desarrolla la investigación:** En la ciudad de Cartagena.

**Fecha en que fue sometido a consideración del comité:** 26 de Mayo del 2016

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD. Creado mediante Resolución rectoral N° 05 de Febrero 13 de 1995 en atención a la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud como parte esencial para el funcionamiento de cualquier institución que realiza programas de investigación en humanos.

Conformado inicialmente por los siguientes miembros. Refrendado en el año 2005 con el objeto de ajustarse a estándares éticos y científicos de la investigación biomédica establecidos en la Declaración de Helsinki, Guías Operacionales para Comités de Ética de la OMS y las Guías para Buena Práctica Clínica del ICH.

Se acoge a las Buenas Prácticas Clínicas del ICH de acuerdo a la normativa vigente, Resolución N° 2378 del Ministerio de Protección Social, Declaración de Helsinki versión 2013 y guías operativas de OMS, Informe Belmont.

El comité de ética en investigación en el Área de la Salud Universidad del Norte certifica que:

**1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del protocolo en referencia:**

- Carta de presentación del proyecto generada por el investigador
- Copia del proyecto completo de investigación
- Resumen ejecutivo
- Consentimiento informado para padres o tutores legales
- Asentimiento informado para menores de edad
- Formatos de recolección de datos
- Hojas de vida de los Investigadores



**2. El presente proyecto fue evaluado por los siguientes miembros:**

- Dra. SILVIA GLORIA DE VIVO  
Profesión: Abogada  
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científica
- Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA  
Profesión: MD. Phd. en Salud Pública  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dr. DIMAS BADEL MERLANO  
Profesión: MD. Especialista en Bioética  
Cargo en el Comité de Ética: Especialista en Bioética
- Enf. GLORIA VISBAL ILLERA  
Profesión: Enfermera, Mg. Bioética  
Cargo en el Comité de Ética: Presidenta y Representante de Profesores
- Dra. LOURDES MARTÍNEZ  
Profesión: Administradora de empresas  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad
- Dr. JEAN DAVID POLO VARGAS  
Profesión: Psicólogo. Phd en comportamiento social y organizacional.  
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante de Profesores (Suplente)
- Ing. PEDRO VILLALBA AMARIS  
Profesión: Ingeniero Mecánico. Phd Ingeniero Biomédico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)

**3. El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte establece que el número de miembros para que haya quórum es cinco (5), y se encuentra constituido por los siguientes miembros:**

- Dr. HERNANDO BAQUERO LATORRE  
Profesión: MD. Pediatra y Neonatólogo  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dra. OLGA HOYOS DE LOS RÍOS  
Profesión: PhD en Psicología  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores
- Dra. SILVIA GLORIA DE VIVO  
Profesión: Abogada  
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científica
- Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA  
Profesión: MD. Phd. en Salud Pública  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dr. DIMAS BADEL MERLANO  
Profesión: MD. Especialista en Bioética  
Cargo en el Comité de Ética: Especialista en Bioética
- Enf. GLORIA VISBAL ILLERA  
Profesión: Enfermera, Mg. Bioética  
Cargo en el Comité de Ética: Presidenta y Representante de Profesores
- Dra. LOURDES MARTÍNEZ  
Profesión: Administradora de empresas  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad

- **Q.F. RICARDO AVILA**  
Profesión: Químico Farmacéutico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante experto en Farmacia Química
- **Dra. NELLY LECOMPTE BELTRAN**  
Profesión: MD. Pediatra  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)
- **Ing. JAIME GARCIA OROZCO**  
Profesión: Ingeniero Mecánico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- **Dr. ROBERTO SOJO GONZÁLEZ**  
Profesión: Administrador de empresas  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- **Dr. JORGE LUIS ACOSTA REYES**  
Profesión: MD. Mg. Ciencias Clínicas  
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante Científico (Suplente)
- **Dr. JEAN DAVID POLO VARGAS**  
Profesión: Psicólogo. Phd en comportamiento social y organizacional.  
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante de Profesores (Suplente)
- **Enf. DIANA DÍAZ MASS**  
Profesión: Enfermera  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores (Suplente)
- **Q.F. MICHAEL MACIAS**  
Profesión: Químico Farmacéutico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante experto en Farmacia Química (Suplente)
- **Dra. VIRIDIANA MOLINARES HASSAN**  
Profesión: Abogada  
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científica (Suplente)
- **Ing. PEDRO VILLALBA AMARIS**  
Profesión: Ingeniero Mecánico. Phd Ingeniero Biomédico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)

El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, se encuentra ubicado en la Universidad del Norte, KM 5 vía a Puerto Colombia. Primer piso Bloque F.

**Contactos:**

**Correo electrónico:** [comite\\_eticauninorte@uninorte.edu.co](mailto:comite_eticauninorte@uninorte.edu.co)

**Página Web:** [www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite\\_etica](http://www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite_etica)

**Teléfono:** 3509280 – 3509509 Ext. 3493

**4. el comité considero que el presente estudio:**

- a. Es válido desde el punto de vista ético. La investigación se ajusta a los estándares de la buena práctica clínica.

**5. El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte informara inmediatamente a las directivas institucionales:**

- a. Eventos que son de notificación obligatoria por parte del investigador al comité de ética
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité.



6. El Comité informara inmediatamente a las directivas, toda información que reciba acerca de:

- a. Lesiones o daños a sujetos humanos con motivo de su participación en la investigación problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas cuando aplique.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité.

7. Cuando el Protocolo es aprobado por el Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, será por un periodo de un (1) año a partir de la fecha de su aprobación; según Guías Operativas CE\_versión 20 MARZO 31 de 2016 literal *seguimiento a estudios aprobados el comité de ética en investigación*.

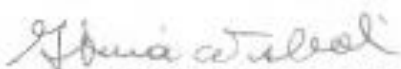
8. el Investigador principal deberá:

- a. Informar cualquier cambio que se proponga a introducir en el proyecto. Estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE. Si estos son necesarios para minimizar o suprimir un peligro inminente o un riesgo grave para los sujetos que participan en la investigación deben ser notificados al comité de ética tan pronto sea posible cuando aplique.
- b. Notificar cualquier situación imprevista que implica algún riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio cuando aplique.
- c. Informar la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando causas y razones.
- d. Presentar a este comité un informe cuando haya transcurrido un año, contado a partir de la aprobación del proyecto. Los proyectos con duración mayor a un año, serán reevaluados a partir del primer informe entregado.
- e. Todos los proyectos deben entregar al finalizar un informe final de cierre del estudio, firmado por el investigador responsable.

#### 9. Concepto del Comité de Ética

a. En reunión del Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, realizada el 26 de Mayo del 2016, legalizada según acta No. 143, el consenso de sus miembros aprueba el proyecto de investigación en referencia.

Atentamente,



Nombre: GLORIA VISBAL ILLERA

Título: Enfermera, Mg. Bioética

Cargo: Presidenta Comité De Ética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad del Norte

 UNIVERSIDAD DEL NORTE  
Comité de Ética en Investigación  
en el Área de la Salud



## ANEXO 5. INSTRUMENTO DE FACTORES DE RIESGO Y ESCALAS

**Factores asociados a baja resiliencia en gestante adolescentes de la ciudad de Cartagena en el año 2016.**

**Numero:** \_\_\_\_ **Fecha encuesta:** \_\_\_\_ **Institución de atención:** \_\_\_\_.

### CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

**Procedencia:** Urbano ( ) Rural ( ).

**Residencia:** \_\_\_\_\_.

**Etnia:** Mestizo ( ) Negro ( ) Indígena ( ) Blanco ( ) Otro ( )

**Estrato socioeconómico:** \_\_\_\_.

**Edad:** \_\_\_\_ **Etapas de la adolescencia:** Temprana ( ) Tardía ( ).

**Estado civil:** Soltera ( ) Casada ( ) Unión libre ( ). **Escolaridad:** Preescolar ( ) Básica Primaria (1°-5°) ( ) Básica Secundaria (6°-9°) ( ) Educación Media (10°-11°) ( ) Educación Superior (técnico, tecnólogo y profesional) ( ). **Ocupación:** Estudia ( ) Trabaja ( ) Estudia y trabaja ( ) No hace nada ( ).

**Se congrega en algún iglesia:** Si ( ) No ( ).

### CARACTERISTICAS GINECOBISTETRICAS

**Semana de gestación:** \_\_\_\_ **Trimestre de embarazo:** 1ro ( ) 2do ( ) 3ro ( ).

**Control prenatal:** Si ( ) No ( ). **Trimestre de inicio del control prenatal:** 1ro ( ) 2do ( ) 3ro ( ).

**Ecografías:** Si ( ) No ( ). **Numero de ecografías:** \_\_\_\_.

**Embarazo de riesgo:** Si ( ) No ( ).

**Patología durante el embarazo** (amenaza de aborto, trastorno hipertensivo del embarazo, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretermino, enfermedades infecciosas que requieran hospitalización): Si ( ) No ( ).

### CARACTERISTICAS FAMILIARES

**Tipo de familia con la que convive o de donde viene:** Monoparental ( ) Biparental ( ) No vive o vivió con padres ( ). **Personas con quien convive:** Compañero ( ) Padres ( ) Mama ( ) Papa ( ) Compañero y sus padres ( ) Compañero y otros familiares ( ) Familiares del compañero ( ) Otros familiares ( ) Otras personas o amigas ( ).

**Recibe apoyo por parte de la familia:** Si ( ) No ( ).

**Recibe apoyo del compañero:** Si ( ) No ( ).

### HÁBITOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS TOXICAS

**Consume cigarrillo:** Si ( ) No ( ).

**Consume alcohol:** Si ( ) No ( ).

**Consume sustancias psicoactivas:** Si ( ) No ( ).

### APOYO SOCIAL

**Recibe apoyo de sus amigos:** Si ( ) No ( ).

**Recibe apoyo entidades gubernamentales/no gubernamentales:** Si ( ) No ( ).

### CARACTERISTICAS DEL COMPAÑERO

**Edad del compañero:** \_\_\_\_.

**Escolaridad del compañero:** Preescolar ( ) Básica Primaria (1°-5°) ( ) Básica Secundaria (6°-9°) ( ) Educación Media (10°-11°) ( ) Educación Superior (técnico, tecnólogo y profesional) ( ).

**ABUSE ASSESSMENT SCREEN (AAS) (ESCALA DE EVALUACIÓN DE ABUSO)**

Ponga un círculo a SI ó NO y conteste a las demás las preguntas.

<b>1</b>	¿Alguna vez ha sido maltratada física o emocionalmente por su pareja/marido o alguna persona importante para usted?	Si	No
<b>2</b>	¿Durante <u>el último año</u> alguien le ha golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente de cualquier otra manera? Si ha respondido <b>SI</b> , ponga <u>un círculo</u> en todas aquellas personas que han abusado: Marido/pareja, ex-marido/ex pareja, amigo, desconocido, otros muchos Número <u>total de veces</u> que han abusado de usted: _____	Si	No
<b>3</b>	Desde que está embarazada, ¿alguien le ha golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente de cualquier otra manera? Si ha respondido <b>SI</b> , ponga <u>un círculo</u> en todas aquellas personas que han abusado: Marido/pareja, ex-marido/expareja, amigo, desconocido, otros muchos Número <u>total de veces</u> que han abusado de usted: _____ Partes del cuerpo que han sido lesionadas o agredidas: _____  Clasifique el incidente según la siguiente escala: 1 = Amenaza de abuso, incluyendo el uso de un arma 2.= Bofetadas, empujones, sin lesiones y/o dolor duradero 3= Puñetazos, patadas, golpes, cortes y/o continuar con el dolor 4=Golpes, contusiones severas, quemaduras, huesos rotos 5= Lesiones en la cabeza, internas, y/o lesiones permanentes 6= Uso de armas, herida por arma	Si	No
<b>4</b>	¿Durante el último año ha sido forzada a mantener actividades sexuales? Si ha respondido <b>SI</b> , ponga <u>un círculo</u> en todas aquellas personas que han abusado: Marido/pareja, ex-marido/ex pareja, amigo, desconocido, otros muchos Número <u>total de veces</u> que han abusado de usted: _____	Si	No
<b>5</b>	¿Tiene miedo de su pareja o de alguna persona enlistada más arriba?	Si	No

**Puntuación:** \_\_\_\_\_ **Clasificación:** \_\_\_\_\_

**ESCALA DE AUTOESTIMA ROSENBERG**

		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
<b>1</b>	En general, estoy satisfecho conmigo misma.				
<b>2</b>	A veces pienso que no soy buena en nada.				
<b>3</b>	Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.				
<b>4</b>	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
<b>5</b>	Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgullosa.				
<b>6</b>	A veces me siento realmente inútil.				
<b>7</b>	Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.				

8	Ojalá me respetara más a mí mismo.				
9	En definitiva, tiendo a pensar que soy una fracasada.				
10	Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				

Puntuación: \_\_\_\_\_ Clasificación: \_\_\_\_\_

#### ESCALA DE FELICIDAD SUBJETIVA DE LYUBOMIRSKY & LEPPER

Califique de 1 a 7 de acuerdo a que tan feliz se siente teniendo en cuenta las siguientes afirmaciones:

1. En general, me considero

Poco feliz \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ Muy feliz

2. En comparación con la mayoría de mis iguales, me considero

Poco feliz \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ Muy feliz

3. Algunas personas son muy felices en general. Disfrutan de la vida independientemente de lo que suceda, sacan el máximo provecho de todo. ¿Hasta qué punto lo describe esta caracterización?

Poco feliz \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ Muy feliz

3. Por término general, algunas personas no son muy felices. Aunque no se encuentran deprimidas, nunca parecen estar tan felices como podrían. ¿Hasta qué punto lo describe esta caracterización?

Poco feliz \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ Muy feliz

Puntuación: \_\_\_\_\_

#### APGAR FAMILIAR

PREGUNTAS	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

Puntuación: \_\_\_\_\_ Clasificación: \_\_\_\_\_

### ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG

		Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Neutro intermedio	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista.							
2	La confianza en mi mismo me permite pasar los tiempos difíciles.							
3	Soy decidido.							
4	Usualmente manejo los problemas de distintos modos.							
5	Siento que puedo manejar varias cosas a la vez.							
6	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.							
7	Soy capaz de hacer las cosas por mi mismo sin depender de los demás.							
8	Usualmente encuentro cosas de que reírme.							
9	En una emergencia, soy alguien en quien las personas pueden confiar.							
10	Siento orgullo de haber logrado cosas en mi vida.							
11	He podido atravesar situaciones difíciles, porque he experimentado dificultades antes.							
12	Me basto a mí mismo si lo creo necesario.							
13	A veces yo hago cosas quiera o no.							
14	Mantengo interés por las cosas.							
15	Mi vida tiene sentido							

16	Generalmente tengo energía para hacer aquello que tengo que hacer.							
17	Soy autodisciplinado.							
18	Mantengo el interés en aquellas cosas importantes para mí.							
19	Cuando hago planes los llevo a cabo hasta el final.							
20	Acostumbro a tomar las cosas sin mucha preocupación.							
21	Soy amigable conmigo mismo.							
22	Hago las cosas de a una por vez.							
23	Rara vez me pregunto sobre el objetivo de las cosas.							
24	No insisto en cosas en las que no puedo hacer nada al respecto.							
25	Me siento cómodo si hay gente que no me agrada.							

**Puntuación:** \_\_\_\_\_ **Clasificación:** \_\_\_\_\_

ESCALA DE FAMILISMO DE BARDIS						
	0 Total desacuerdo	1 Desacuerdo	2 Mas desacuerdo que de acuerdo	3 Más de acuerdo que desacuerdo	4 De acuerdo	5 Total de acuerdo
Los jóvenes de 16 o menos deben dar a sus padres lo que ganan						
Los de menos de 18 años deben obedecer a sus hermanos						
Las necesidades familiares siempre son más importantes que las propias						
Se debe defender a la familia aun a costa de la seguridad personal						
La familia tiene derecho a controlar la conducta de sus miembros						
En todo momento hay que ser leal con la familia						

Se debe esperar que los miembros de una familia tengan las mismas ideas						
Una persona debe ayudar a sus padres siempre que ellos lo necesiten						
Una persona debe ayudar a sus tíos siempre que ellos lo necesiten						
Debe esperarse que a lo menos un hijo casado viva con sus padres						
Una persona debe ayudar a sus suegro siempre que lo necesiten						
Una persona debe compartir su casa con tíos o primos carnales que lo necesiten						

**Puntuación:** \_\_\_\_\_

<b>ESCALA DE RELIGIOSIDAD</b>					
	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 En desacuerdo	5 Totalmente en desacuerdo
<b>ORIENTACION INTRINSECA</b>					
Todo mi enfoque hacia la vida está basado en mi religión					
Me esfuerzo por vivir mi vida acorde a mis creencias religiosas					
He tenido frecuentemente una fuerte sensación de la presencia de Dios					
Mi religión es importante porque me da respuesta a muchas preguntas sobre el sentido de la vida					
Disfruto leyendo sobre mi religión					
Es importante para mí pasar tiempo pensando y rezando en privado					
<b>ORIENTACION EXTRINSECA-SOCIAL</b>					
Voy a la iglesia principalmente para pasar tiempo con mis amigos					
Voy a la iglesia principalmente porque disfruto viendo a las personas que conozco ahí					
Voy a la iglesia porque me ayuda hacer amigos					
<b>ORIENTACION EXTRINSECA-PERSONAL</b>					
Rezo principalmente para conseguir alivio y protección					
Lo que la religión me ofrece principalmente es alivio en tiempos problemáticos y de tristeza					
Rezar es para obtener paz y felicidad					

**Puntuación:** \_\_\_\_\_

**“ESCALA DE PERSPECTIVA ESPIRITUAL” (SPS)  
PAMELA REED**

	Nunca	Menos de una vez al año	Mas o menos una vez al año	Mas o menos una vez al mes	Mas o menos una vez a la semana	Mas o menos una vez al día
1. Cuando esta hablando con su familia o sus amigos, ¿cuántas veces menciona <b>usted</b> asuntos espirituales?						
2. ¿Cuántas veces comparte <b>usted</b> con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?						
3. ¿Cuántas veces lee <b>usted</b> materiales de algo espiritual?						
4. ¿Cuántas veces reza <b>usted</b> en privado o hace meditación?						
	Extremadamente en desacuerdo	Desacuerdo	En desacuerdo mas que en acuerdo	De acuerdo mas que en desacuerdo	De acuerdo	Extremadamente de acuerdo
5. El perdón es una parte importante de <b>su</b> espiritualidad.						
6. Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en <b>su</b> vida diaria.						
7. Sus creencias espirituales son una parte importante de <b>su</b> vida.						
8. Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o a un “poder mas grande” en momentos importantes de <b>su</b> vida diaria.						
9. Sus creencias espirituales han influenciado <b>su</b> vida.						
10. <b>Sus</b> creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida.						

**Puntuación:** \_\_\_\_\_

## ANEXO 6. CONTRATO DE JOVEN INVESTIGADOR

ACTA DE COMPROMISO CELEBRADA ENTRE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA y LIEZEL ULLOQUE CAAMAÑO PARA REALIZAR SU ACTIVIDAD COMO JOVEN INVESTIGADOR DENTRO DEL PROYECTO: "FACTORES ASOCIADOS A RESILIENCIA Y FELICIDAD EN GESTANTES ADOLESCENTES", TAL COMO SE ESTABLECIÓ EN EL CONVENIO N° FP44842-548-2015 SUSCRITO ENTRE LA FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. – FIDUPREVISORA S.A. ACTUANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL FONDO NACIONAL DE FINANCIAMIENTO PARA LA CIENCIA, LA TECNOLOGÍA Y LA INNOVACIÓN, FONDO FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS Y LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA.-.-

Entre los suscritos: **UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**, domiciliada en Cartagena, ente universitario, de carácter académico, con régimen especial, creada por el decreto del 6 de octubre de 1827 expedido por el Libertador Simón Bolívar y reconocida por disposiciones legales posteriores, entre ellas, la ordenanza No. 12 de 1956 del Consejo Administrativo de Bolívar, el Decreto No. 166 del 24 de febrero de 1983 de la Gobernación de Bolívar, representada legalmente por su rector, Doctor **EDGAR PARRA CHACÓN**, designado mediante Resolución No 03 del treinta (30) de mayo del 2014 y posesionado el Cinco (5) de Junio de 2014, mayor de edad y vecino de Cartagena, identificado con la cédula de ciudadanía No. 5.944.219 de Libano, Tolima o, quien para efecto del presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** y **LIEZEL ULLOQUE CAAMAÑO** identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 1.143.340.908 de Cartagena, quien manifiesta no estar incurso en causal de inhabilidad ni incompatibilidad legal para celebrar la presente Acta de compromiso, quien para efectos del presente se denominará **EL JOVEN INVESTIGADOR**, hemos decidido realizar un acta de compromiso previo a las siguientes consideraciones: 1) que COLCIENCIAS expidió resolución N° 299 de 2015, por medio del cual se autorizó la apertura de la convocatoria N° 706-2015, Jóvenes Investigadores e Innovadores 2) que el programa de Jóvenes Investigadores de Colciencias, se concibió como una estrategia para acercar a la actividad científica a los jóvenes profesionales del país. 3) Que el comité de selección del programa de jóvenes investigadores, en el marco de la mencionada convocatoria, escogió a un grupo de jóvenes, para que sean financiados con las becas pasantías los cuales están relacionados en el anexo N° 1 y/o en las actas que entregó COLCIENCIAS y forma parte integral del Convenio Especial de Cooperación. 4) Que entre entre fiduciaria la Previsora S.A. – Fiduprevisora s.a. actuando como vocera y administradora del Fondo Nacional De Financiamiento Para La Ciencia, La Tecnología Y La Innovación, Fondo Francisco José De Caldas y la UNIVERSIDAD DE CARTAGENA, celebraron el Convenio Especial de Cooperación N° FP44842-548-2015, el cual tiene por objeto, Fomentar la vocación científica en jóvenes con excelencia académica, apoyados por grupos de investigación, desarrollo tecnológico o de Innovación de las entidades del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación -SNCTI. 5) Que los aportes con que se va a financiar el Convenio Especial de Cooperación N° FP44842-548-2015, serán sufragados por las dos partes, determinándose que COLCIENCIAS desembolsará el 70% y la UNIVERSIDAD DE CARTAGENA desembolsará el 30%. 6) Que entre los Jóvenes Seleccionados por COLCIENCIAS, se encuentra el(a) joven **LIEZEL ULLOQUE CAAMAÑO**. 7) Que el señor Rector de la Universidad de Cartagena, teniendo en cuenta que COLCIENCIAS seleccionó al(a) Joven investigador(a) **LIEZEL ULLOQUE CAAMAÑO** para participar en la convocatoria antes mencionada y dándole cumplimiento a lo establecido en las obligaciones que le corresponde la Universidad dentro del convenio, decide contratar los servicios de **LIEZEL ULLOQUE CAAMAÑO**, teniendo en cuenta que este tiene el perfil y experiencia para desarrollar el objeto a contratar.

**CLAUSULAS:** Entre la UNIVERSIDAD y el JOVEN INVESTIGADOR, identificados en la parte superior de este documento, por medio del presente manifestamos que hemos resuelto celebrar un ACTA DE COMPROMISO, el cuales se regirá por la siguientes cláusulas. **PRIMERA: OBJETO:** EL JOVEN INVESTIGADOR se obliga para con la UNIVERSIDAD a realizar su actividad como Joven investigador dentro del Grupo de investigación: **SALUD DE LA MUJER** desarrollando las actividades relacionadas con el desarrollo del proyecto titulado "FACTORES ASOCIADOS A RESILIENCIA Y FELICIDAD EN GESTANTES ADOLESCENTES". **SEGUNDA: TERMINO:** El acta de compromiso, tiene un término de Doce (12) meses, contados a partir de perfeccionamiento. Sin embargo las partes, de común acuerdo, podrán prorrogarlo. **TERCERA: VALOR DEL ACTA DE COMPROMISO Y FORMA DE PAGO:** La Universidad de Cartagena pagará a el JOVEN INVESTIGADOR por sus servicios prestados la suma de **VEINTITRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE (\$23.196.000,00)**, pagaderos en Doce (12) pagos parciales mensuales de **UN MILLÓN NOVECIENTOS TREINTA Y TRES MIL PESOS M/CTE (\$1.933.000,00)**. Los pagos o entregas de las sumas de dinero a que se refiere el acta de compromiso quedan subordinados a las apropiaciones que se hagan en el respectivo presupuesto. Los pagos se harán mes vencido. **CUARTA: OBLIGACIONES DEL JOVEN INVESTIGADOR:** EL JOVEN INVESTIGADOR se obliga a satisfacer todas las obligaciones que surjan por la naturaleza misma del acta de compromiso, además se obliga a: 1) Presentar un informe parcial y uno final de las actividades realizadas, previo aval del tutor y visto bueno de la VICERRECTORIA DE INVESTIGACIONES. 2) Presentar a manera de artículo, tal como si fuera a publicarse en una revista nacional o internacional indexada, los resultados finales del trabajo desarrollado a los largo de proyecto. 3) Mantener absoluta confidencialidad sobre la información generada con el desarrollo del proyecto. 4) Vincularse con dedicación exclusiva al trabajo en el grupo o centro que lo acoge, de acuerdo con los lineamientos y compromisos establecidos en los términos de referencia de la convocatoria de Colciencias N° 706 de 2015 y en el Convenio Especial de Cooperación N° FP44842-548-2015 de 2015. 5) Permanecer investigador e innovador se podrá desvincular y ser remplazado en caso de: a) Muerte. B) Invalidez. **PARAGRAFO:** si el joven investigador decide desvincularse por motivos diferentes a los aquí establecidos, (seminarios, coloquios, talleres, etc.) que organice la UNIVERSIDAD DE CARTAGENA y el grupo o centro de investigación. 7) Si no está cursando estudios de maestrías o doctorado, al finalizar su vinculación como joven investigador e innovador, deberá presentarse a una maestría o doctorado y enviar a la VICERRECTORIA DE INVESTIGACIONES, una certificación de su presentación. 8) Rendir los informes cuando le sean solicitados. DE CARTAGENA. 10) Prestar las garantías o pólizas de seguros exigidas por el contratante. 11) Asumir el pago de los impuestos nacionales, Departamentales y distritales que surjan con ocasión del presente contrato y el pago de las cuentas que se causen con ocasión de el. 12) Informar cualquier cambio de domicilio. 13) Afiliarse al Sistema de Seguridad Social. **QUINTA: OBLIGACIONES DE LA UNIVERSIDAD:** 1) Asignar el tutor para cada proyecto. 2) Prestar toda la colaboración que se requiera y que EL JOVEN INVESTIGADOR solicite. 3) Cancelar individualmente al JOVEN INVESTIGADOR la remuneración en la forma establecida. C) Visto bueno, por parte de Vicerrectoría de Investigaciones, del cumplimiento de las actividades realizadas por el JOVEN INVESTIGADOR. **SÉPTIMA: AUTONOMIA:** EL JOVEN INVESTIGADOR tiene completa autonomía



profesional para ejecutar el acta de compromiso, comprometiéndose a realizarlo por sus propios medios bajo su responsabilidad, por lo cual esta acta de compromiso no es de carácter laboral y como tal no genera prestaciones sociales entre los contratantes. **OCTAVA: COMPROMISO:** Las partes acuerdan que toda controversia o diferencia relativa a esta acta de compromiso y su ejecución, liquidación e interpretación, se resolverá por medio de un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Cartagena, de acuerdo con las siguientes reglas. A) El tribunal estará integrado por un número impar de árbitros designados por la Cámara de Comercio de Cartagena. B) El tribunal decidirá en derecho. **NOVENA: TERMINACIÓN UNILATERAL:** La Universidad podrá dar por terminado el acta de compromiso sin que ello constituya incumplimiento y sin que haya lugar a indemnización alguna en los siguientes eventos: a) Por muerte o incapacidad física o mental del JOVEN INVESTIGADOR que le impida la ejecución del acta de compromiso. B) Incumplir cualquiera de las cláusulas contractuales. **DECIMA: MODIFICACIONES:** El acta de compromiso podrá modificarse por escrito y mutuo acuerdo entre las partes. **DECIMA PRIMERA: DOMICILIO:** Cuando por ley, el acta de compromiso o la costumbre, una de las partes deba dar noticias a la otra, tal comunicación se hará por escrito a las siguientes direcciones: EL CONTRATANTE: Cartagena, Calle de la Universidad, claustro San Agustín N° 36-100, EL JOVEN INVESTIGADOR: Cartagena, Barrio Las Margarita Mz D Lt 09. **DECIMA SEGUNDA: GARANTÍAS:** EL JOVEN INVESTIGADOR prestará a favor de la UNIVERSIDAD las siguientes pólizas de seguros a través de una compañía de seguros establecidas en Colombia, con sucursal en la ciudad de Cartagena donde se entenderá cualquier reclamo así: 1) CUMPLIMIENTO: equivalente al 10% del valor total del acta de compromiso y por el término del acta y Dos (2) meses más. **Parágrafo 1:** Las expresadas garantías forman parte integrantes del acta de compromiso y se harán efectivas total o parcialmente, cuando a juicio de la UNIVERSIDAD, EL JOVEN INVESTIGADOR hubiere incumplido cualquiera de las obligaciones pactadas en el acta de compromiso. **DECIMA TERCERA. PERFECCIONAMIENTO:** para el perfeccionamiento y validez de este acta de compromiso se requiere: 1) las firmas de los contratantes. 2) Disponibilidad presupuestal a cargo de la Oficina de Presupuesto de la Universidad de Cartagena. **DECIMA CUARTA: RÉGIMEN:** Las normas aplicables en la presente acta de compromiso serán las previstas en la Ley 30 de 1992, el acuerdo 14 de 2006 Reglamento General de Contratación de la Universidad de Cartagena, las leyes, decretos que lo complementan o modifiquen. En lo no previsto en las cláusulas anteriores del acta de compromiso, se regirán por las disposiciones del Código Civil y en su defecto, por las del Código de Comercio. **DECIMA QUINTA: CONTROL DE EJECUCIÓN:** LA UNIVERSIDAD por conducto de la Vicerrectoría de investigaciones, será el encargado de verificar el cumplimiento del mismo. **DECIMA SEXTA: JURAMENTOS:** EL JOVEN INVESTIGADOR manifiesta bajo la gravedad de juramento que reúne los requisitos profesionales, técnicos, administrativos, financieros, para el desarrollo y ejecución del objeto contractual.

Para constancia se firma en la ciudad de Cartagena, a los

11 FEB 2016

LA UNIVERSIDAD

EL JOVEN INVESTIGADOR

EDGAR PARRA CHACÓN  
RECTOR  
Universidad de Cartagena

LIEZEL VALLOQUE CAAMAÑO  
C.C. N° 1.143.340.908 de Cartagena

Edgardo, Jairo Pardo Pardo - Vicerrectoría de Investigaciones  
Brenda, Unidad de Contratos